CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

KAZUISTYKA.

TECHNIKA.

SOMMAIRE:

RÉCEUIL DE FAITS.

TECHNIQUE.

ROK III. Nr 11

LISTOPAD 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, LISTOPAD 1938 R. Nr 11

KAZUISTYKA

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński*

PRZYPADEK PRAWDZIWEGO DODATKOWEGO BOCZNEGO WOLA SZYJNEGO

podał

Dr Paweł Hornicki.

Przed kilku tygodniami w czasie operacji wola usunęliśmy dwa guzki, które okazały się prawdziwymi wolami dodatkowymi, nie pozostawały bowiem w żadnym związku z przerosłą tarczycą, znajdowały się zaś w dolnym nadobojczykowym odcinku bocznego trójkąta szyi.

Chodziło o chorą lat 30, która zgłosiła się do szpitala w powodu wola. W wywiadach podawała, że od lat 10 zauważyła na przedniej powierzchni szyi obecność powoli rosnącego guza, który powiększył się znacznie dopiero w ostatnim czasie. Przed 3 laty spostrzegła ponadto w dołku nadobojczykowym prawym obecność małego guzka, którego rozmiary rzekomo nie ulegają zmianom.

Przy badaniu w dolnym odcinku wąskiej szyi, nieco na prawo od środkowej linii ciała, stwierdzono obecność guza, wielkości jaja gęsiego, elastycznego, niebolesnego na ucisk, odsuwającego nieznacznie na zewnątrz mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy. Guz posiadał wyraźne obrysy, gładką powierzchnię i poruszał się przy połykaniu — chodziło o przerost prawego płatu tarczycy. W prawym dołku nadobojczykowym, w miejscu odpowiadającym rzutowi trójkąta łopatkowo-obojczykowego, wyczuwało się obecność guzka wielkości jaja gołębiego, o powierzchni gładkiej, dobrze przesuwalnego na podstawie. Guzek ten, klinicznie sprawiający wrażenie powiększonych gruczołów chłonnych, postanowiliśmy usunąć podczas operacji wola. Po wycięciu prawego płatu odsłonięto więc okolicę dołka nadobojczykowego. Tuż pod mięśniem szerokim szyi i jego powięzią, w odległości kilku centymetrów od zewnętrznego brzegu dolnego odcinka mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, znaleziono guzek wielkości małego jaja kurzego (6 × 3 × 2,8 cm), ułożony długą swą osią równolegle do przebiegu głębokich naczyń szyi. Guzek pozostawał w luźnym tylko związku z otoczeniem i łatwo dał się na tępo wyłuszczyć po podwiązaniu kilku drobnych gałązek naczyniowych, znajdujących się na tylnej jego powierzchni blisko dolnego bieguna. Nieco ku zewnątrz i ku dołowi od tego guza stwierdzono obecność drugiego guzka, wielkości orzecha laskowego, który również z łatwością usunięto. Obydwa guzki posiadały ściśle przylegającą i obficie unaczynioną torebkę łącznotkankową. Nie pozostawały one w żadnym związku z wolem, oddzielały je bowiem od tarczycy duże naczynia oraz wiotka tkanka łączna.

Badanie histologiczne obydwu guzków wykazało, że utkanie ich odpowiada przerosłej tkance tarczycy dotkniętej zwyrodnieniem torbielowatym. Obraz przypominał w zupełności utkanie wyciętego prawego płatu wola.

Tarczyce dodatkowe są już anatomom od dawna znane. Pierwszy bodaj *Albert von Haller* w roku 1779 napotkał tarczycę dodatkową i uważał ją za część tarczycy, oddzieloną od właściwego gruczołu. *Albers* w 1839 r. opisuje już szczegółowo tarczyce dodatkowe, przy czym przyjmuje, że zawdzięczają one swe powstanie zaburzeniom rozwojowym. Następne z kolei donie-

sienie *Grubera* pochodzi z roku 1845. Dokładny opis tarczyc dodatkowych podali w roku 1849 *L. Porty,* w roku zaś 1850 — *Rokitansky;* ten ostatni autor mówi o wrodzonych i nabytych tarczycach dodatkowych. W roku 1853 pierwszy *Stanley* usunął operacyjnie wole dodatkowe, znajdujące się w bocznym trójkącie szyi. *Gruber* w roku 1876, na podstawie własnych przeprowadzonych badań i danych z piśmiennictwa, dzieli tarczyce dodatkowe według ich umiejscowienia na górne, dolne i tylne, przy czym w dwu pierwszych grupach rozróżnia ich ułożenie przyśrodkowe i boczne. W roku 1879 *Madelung,* omawiając anatomię i klinikę tarczyc dodatkowych, dołącza do poprzedniego podziału pojęcie „przedniej" tarczycy dodatkowej. *Wegelin* mówi o górnych, dolnych, bocznych, przednich, tylnych, wreszcie o wewnątrzkrtaniowych i wewnątrztchawiczych wolach dodatkowych. Uwzględniając zaś pochodzenie tarczyc dodatkowych, rozróżnia tarczyce spotykane w miejscach przebiegu przewodu tarczowo-językowego i biorące początek z właściwego miąższu gruczołu. *Payr* i *Martina* (1906), *Reich* (1911) i *Spencer* (1914) zbierają z piśmiennictwa doniesienia kazuistyczne i, dołączając do nich spostrzeżenia własne, wypowiadają szereg uwag. W ostatnich wreszcie czasach mnożą się dalsze coraz to nowe doniesienia kazuistyczne.

Nazwa tarczycy dodatkowej *(gl. thyreoidea accessoria)* obejmuje twory o utkaniu ściśle odpowiadającym budowie tarczycy, wyłączając „struma ovarii". Twory te w życiu pozapłodowym nie pozostają w związku anatomicznym z gruczołem głównym, znajdującym się na szyi w prawidłowym miejscu, nie łączy je z nim bowiem najcieńsze nawet pasmo gruczołowe. Zastrzeżenie, iż gruczoł tarczowy znajdować się musi na właściwym miejscu, konieczne jest z tego względu, że przy braku tarczycy w miejscu zwykłym, wykazaniu zaś obecności utkania tarczycy w miejscu odległym, np. u podstawy języka, nie mówimy o tarczycy dodatkowej, lecz tylko o tym, że nie przyszło do zstąpienia zawiązka tarczycy.

Uwzględniając czas w którym wytwarza się tarczyca dodatkowa mówimy o w r o d z o n y c h względnie prawdziwych, powstałych w czasie życia płodowego i zaliczanych wskutek tego do wad rozwojowych, oraz n a b y t y c h czyli rzekomych, powstałych w życiu pozapłodowym. *Wölfler* pośród dodatkowych tarczyc prawdziwych wyróżnia jeszcze t. zw. tarczyce dodatkowe p o ł ą c z o n e, t. j. powstałe wprawdzie w życiu płodowym, łączące się jednak przy pomocy pasma łącznotkankowego z tarczycą; z tego też względu trudno jest odróżnić je od niektórych dodatkowych tarczyc rzekomych.

Rzekome tarczyce dodatkowe mogą powstawać w następstwie zaniku pewnego odcinka tarczycy i włóknistej przemiany części mostka *(Wegelin),* wskutek czego utrzymana część tarczycy może się oddzielić od reszty gruczołu. W ten sposób powstają rzekome tarczyce dodatkowe zarówno pochodzące z biegunów obydwu bocznych płatów, jak i z wyrostka stożkowego (proc. piramidalis). Dalej bujająca w wolu włóknistym tkanka łączna oddzielić może od powiększonej tarczycy część miąższu gruczołu *(Lücke).* Wreszcie torbiel, względnie wapniejący i ciężki wskutek tego guzek, rozwijający się na powierzchni wola, może się oddzielić i przekształcić w wole dodatkowe *(Madelung).* Podnoszono również, iż rzekome wola dodatkowe powstawać mogą na tle zaburzeń rozwojowych, jeśli wrodzone wypustki właściwego gruczołu tarczowego wtórnie ulegną przerostowi i odsznurowaniu.

Madelung wysuwa następujące kryteria, pozwalające na odróżnienie nabytego wola

dodatkowego od wrodzonego: 1) obecność postronka łącznotkankowego łączącego gruczoł dodatkowy z tarczycą, 2) stwierdzenie zagłębienia na powierzchni tarczycy w miejscu,w którym oddziełił się od gruczołu właściwego gruczoł dodatkowy, 3) w tarczycach rzekomych cechy odrębności gruczołu nie są zaznaczone w tym stopniu, co w prawdziwych.

Tarczyce dodatkowe spotykano na całej szyi, począwszy od podstawy języka aż do górnego odcinka klatki piersiowej, i to zarówno po jednej, jak i równocześnie po obydwu stronach. Wytłumaczenie tak różnorodnego ich usadowienia znajdujemy w rozwoju płodowym tarczycy, stosunku jej do sąsiednich narządów w życiu zarodkowym i w zstępowaniu tarczycy zarodkowej wraz z pniem tętniczym *(truncus arteriosus)*.

Mówimy o zaburzeniach rozwojowych w przypadkach, w których tarczyce dodatkowe powstały z zupełnie zanikłych w życiu płodowym części przewodu tarczowo-językowego. W innych przypadkach chodzi o odsznurowanie w życiu płodowym części gruczołu. Przyczyny warunkujące takie odsznurowanie się części tarczycy nie są dokładnie znane *(Schwalbe)*; zdaniem *Wegelina* bywają one różnorodne. Najprostszym bodaj wydaje się przypuszczenie, że pewne obwodowe części zawiązków tarczycy wchodzą w ściślejszy niż normalnie związek, być może nawet połączone są zrostami z sąsiednimi narządami, które w przebiegu rozwoju coraz bardziej odsuwają się od tarczycy i wskutek tego tracą związek z głównym gruczołem. Tak prawdopodobnie należałoby tłumaczyć znalezioną przez *Wölflera* tarczycę dodatkową na odcinku wstępującym tętnicy głównej, przez *Harta* — w miąższu grasicy, przez *Cappona* — w mięśniu sercowym. *Wegelin* wielką pod tym względem rolę przypisuje również unaczynieniu. Twierdzi bowiem, że części gruczołu tarczowego odżywiane przez naczynia narządów sąsiednich szczególnie łatwo oddzielać się mogą od właściwego gruczołu. Niekiedy mięśnie, względnie chrząstka prowadzą do odsznurowania się części tarczycy. *Ecker* i *Wiedersheim* doszukują się przyczyny powstawania tarczyc dodatkowych w często spotykanym nieregularnym podziale tarczycy na dwa płaty.

Tarczyce dodatkowe należą do narządów bynajmniej nie wyłącznie właściwych człowiekowi. Z pośród zwierząt szczególnie często znajdowano je u świnek morskich i psów, znacznie rzadziej u innych zwierząt. Zdaniem *Rabla* u świnek morskich spotyka się je niemal z reguły w okolicy kości gnykowej. *Wölfler, Swarts* i *Thompson, Deweley, Davis, Cohrs* znajdowali u 50% badanych psów tarczyce dodatkowe na wewnętrznej powierzchni osierdzia w pobliżu tętnicy głównej, *Hutyra* — w mięśniu sercowym, *Kaltenbröck* — we wsierdziu. Powstawanie w tych miejscach tarczyc dodatkowych tłumaczy się bliskim związkiem zachodzącym między rozwijającą się tarczycą a pniem tętniczym.

Jeśli chodzi o boczne tarczyce dodatkowe, to *Payr* i *Martina* dzielą je na trzy podgrupy: podżuchwowe, boczne w ścisłym tego słowa znaczeniu i pozaobojczykowe. Genetycznie wszystkie one pozostają w ścisłym ze sobą związku, ponieważ pochodzą od bocznych zawiązków tarczycy. W szeregu przypadków stwierdzono równoczesną obecność 3 rodzai bocznych tarczyc dodatkowych u jednego osobnika *(Reich)*.

Tarczyce dodatkowe niejednokrotnie bywają punktem wyjścia wola. Określa się je na podstawie tego samego podziału co i dodatkowe tarczyce. Liczba ogłoszonych dotychczas przypadków woli bocznych szyi jest znacznie większa niż bocznych tarczyc dodatkowych. Jest to zresztą zrozumiałe, gdyż guz może posiadać znaczenie klinicz-

ne i łatwiej zwraca na siebie uwagę na sekcji, niż nie powiększony, drobny stosunkowo gruczoł. Niepodobna zresztą ściśle rozgraniczyć od siebie wyłącznie na podstawie rozmiarów tarczyc dodatkowych od dodatkowych woli, pierwsze bowiem w poszczególnych przypadkach mogą posiadać różną wielkość. Przeważnie nie są one większe od ziarna grochu lub bobu, mogą jednak również mieć rozmiary mikroskopowe.

Tarczyce dodatkowe mogą posiadać ważne dla ustroju znaczenie narządu zastępczego przy niedorozwoju właściwej tarczycy. Tego rodzaju spostrzeżenia niejednokrotnie już poczyniono w przypadkach wola języka. Przeważnie jednak praktyczne znaczenie tarczyc dodatkowych ogranicza się niemal wyłącznie do tego, iż bywają one niekiedy punktem wyjścia wola. Zwyrodnieniu ulec może zarówno jedna tylko, jak i szereg tarczyc u jednego osobnika. Znane też są przypadki, w których jedne z tarczyc dodatkowych nie uległy zmianom, inne natomiast przekształciły się w wole (przypadki *Madelunga* i *Zenkera*).

Rozwój wola z tarczycy dodatkowej nie pozostaje bynajmniej w ścisłym związku ze zmianami zachodzącymi w miąższu tarczycy znajdującej się na normalnym miejscu. Często zdarzało się bowiem, że stwierdzano obecność wola dodatkowego znacznych nawet rozmiarów w przypadkach, w których sama tarczyca przedstawiała się zupełnie prawidłowo.

Ci którzy twierdzą, że istnieją trzy, a nie jeden zawiązek tarczycy, przyjmują, że wola dodatkowe mogą wychodzić zarówno z bocznych, jak i środkowego zawiązka tarczycy i rozróżniają wola dodatkowe środkowe i boczne.

Boczne tarczyce dodatkowe spotykano w bocznych częściach szyi na przestrzeni między dolnym brzegiem żuchwy, obojczykiem a przednim brzegiem mięśnia kapturowego. Wychodzące z nich wola niejednokrotnie przekraczały znacznie te granice. Najczęściej bywały one ułożone przy bocznym brzegu tarczycy, częściej — według *Schragera* — w środkowym niż w bocznym trójkącie szyi. W przypadku *Stanleya* wole dodatkowe zachodziło na mięsień kapturowy, w przypadku *Reicha* — poza obojczyk, w przypadku *Hafftera* — po za mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy. W jednym z przypadków *Reinbacha* guz, rosnący od 24 lat, zajmował przestrzeń od górnego otworu klatki piersiowej aż do podstawy czaszki. Cztery podobne przypadki ogłosił *Cattell.* W przypadku *Kapsammera* jeden biegun guza znajdował się w dołku nadmostkowym, drugi — na karku. Wola te częściej spotykano po stronie prawej *(Gruber, Schlüter, Madelung* i in.). Być może pozostaje to w związku z tym, że prawy płat tarczycy zwykle jest większy od lewego i częściej też bywa punktem wyjścia wola. Znajdowano jednak również wola dodatkowe równocześnie po obydwu stronach *(Reich, Morin),* bądź też kilka oddzielnych guzków po jednej stronie *(Madelung, Stern, Ssalitschew* i in.). W naszym przypadku dwa guzki znajdowały się po stronie prawej szyi.

Pierwsze doniesienie kliniczne o dodatkowym wolu bocznym szyi pochodzi z 1853 r. *(Stanley),* tego rodzaju budowę posiadał bowiem usunięty przez niego u 62-letniej kobiety guz szyi, zachodzący na mięsień kapturowy. Dalsze przypadki ogłosili: *Schlüter, Hinterstoisser, Demme* i *Socin, Jores, Ssalitschew, Peterson* i in. Do roku 1906, łącznie z przypadkami *Payra* i *Martiny,* operowano 21 prawdziwych odosobnionych bocznych woli dodatkowych. W 1911 r. *Reich* dołączył do nich 3 własne przypadki. W ostatnich latach ogłosili dalsze spostrzeżenia: *Bettmann, Bagajowa* i *Berezin, Crowther, Vogel, Lewisohn, Wildenberg, Kuseva* i in. Z pośród autorów ame-

rykańskich *Cattell* ogłosił 13 własnych spostrzeżeń. Ogólna ilość ogłoszonych do dziś przypadków prawdziwego bocznego wola dodatkowego przekracza 50.

Wola dodatkowa ulegać mogą wszystkim tym zmianom, co i wole główne; poza gruczolakami o różnej budowie i różnych właściwościach spotykano w nich bowiem obecność torbieli, zwapnień, zmian zapalnych itd.; mogą też być punktem wyjścia nowotworów złośliwych. To też w poszczególnych przypadkach posiadały one różne kształty i osiągały różną wielkość. Niektóre z nich niczym nie różniły się od zwykłego wola. Przeważnie miały kształt okrągły, jajowaty lub walcowaty; bardziej zmienny bywał on bodaj tylko w przypadkach woli dodatkowych wychodzących z płata środkowego. Spotykano je przeważnie w okresie pokwitania, rzadziej u małych dzieci. W przypadkach *Langenbecka* stwierdzono obecność guza u rocznego dziecka. W materiale *Cattella* wszakże wiek chorych dotkniętych wolem dodatkowym wahał się między 11. a 70-ym rokiem życia. Powiększały się one z reguły powoli i upływało zwykle wiele czasu, zanim osiągały znaczniejszą wielkość. Usunięty w przypadku *Reinbacha* guz rósł 24 lata, w przypadku *Payra* — lat 16.

Wyjątkowo tylko ustalono przed zabiegiem właściwe rozpoznanie. Okazało się przy tym, że znacznie jest łatwiej rozpoznać wole dodatkowe rzekome, pozostające w związku z tarczycą, niż prawdziwe. W szeregu przypadków dopiero odsłonięcie guza, względnie nawet jego badanie histologiczne, wyjaśniało właściwy charakter sprawy. Przeważnie mylono je w klinice ze schorzeniami gruczołów chłonnych *(Bruck, Virchow, Kroenlein* i in.). *Sudeck,* opisując guz rozmiarów 7 $\times$ 3 cm, znaleziony na zewnętrznym brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, podkreśla, że każdy uważałby go za pakiet zserowaciałych gruczołów chłonnych. Szczególne trudności rozpoznawcze nastręczały przypadki torbielowatego zwyrodnienia wola, dalej te przypadki sprawy zapalnej toczącej się w gruczole, w których przyszło do zropienia i powstania przetok. Tak np. u chorej *Lewisohna* powstał olbrzymi ropień zajmujący prawie całą połowę szyi.

Wola dodatkowe nie dają typowych objawów, nie posiadają cech dość charakterystycznych. Nie zmieniają one swego położenia przy ruchach połykowych, ponieważ przeważnie nie pozostają w związku z krtanią. Cechuje je dalej znaczna na ogół ruchomość. *Madelung* uważał za cechę charakterystyczną łatwość, z jaką guz zmienia swe położenie przy ruchach ciała i twierdził, że zmiana ta bywa odczuwana nawet przez samych chorych. Zdaniem *Payra* wszakże objaw ten występuje tylko wyjątkowo przy znaczniejszych rozmiarach guza. Wielkość wola dodatkowego, pomijając jego zwyrodnienie złośliwe, nie ulega na ogół zmianom w krótkim stosunkowo czasie, niektóre wszakże wola nabrzmiewają u kobiet w okresie periodu *(Payr).*

Powierzchnię wola, przeważnie gładką, pokrywa obficie unaczyniona torebka, w jednych przypadkach łatwiej, w innych trudniej dająca się złuszczyć z guza. Sprawa unaczynienia tarczyc i woli dodatkowych nie jest do dziś jeszcze zgodnie ustalona. Zdaniem jednych naczynia ich odchodzą od tętnic tarczycy, podczas gdy inni twierdzą, że naczynia tarczyc dodatkowych z naczyniami tarczycy nie mają nic wspólnego, że chodzi tu o gałązki naczyń innych narządów.

Tarczyce dodatkowe bardzo często ulegają zwyrodnieniu torbielowatemu. Zmienia ono niekiedy tak znacznie wygląd makroskopowy tarczycy, iż dopiero dokładne badanie histologiczne pozwala wykazać z jaką tkanką mieliśmy do czynienia *(Madelung).* Niekiedy spotykano torbiele wie-

lokomorowe, w innych przypadkach cały narząd przekształcał się w jedną wielką torbiel. W ścianach torbieli spotykano niekiedy partie zwapniałe lub skostniałe *(Poland, Madelung, Stern* i in.). Treść torbieli stanowiła substancja koloidowa, bądź płyn surowiczy *(Porta, Rokitansky)*, czerwono-brunatny — w następstwie krwawień do światła torbieli *(Werner)*, wreszcie wyjątkowo — płyn barwy mlecznej *(Rouget)*. W przypadku *Schlütera* torbiel wielkości głowy dziecka, której ściana posiadała utkanie tarczycy, wyszła z tarczycy dodatkowej bocznego trójkąta szyi. W przypadku *Hofmeistera* wole dodatkowe przekształciło się w torbiel wielkości pięści, ułożoną pod skórą klatki piersiowej. Zmiany torbielowate stwierdzono równocześnie i w samej tarczycy, z którą guz łączył się przy pomocy szypuły.

Nie rzadko tarczyce dodatkowe bywały punktem wyjścia nowotworów. Spotykane guzy odpowiadały swą budową płodowemu gruczolakowi, torbielako-gruczolakowi brodawczakowemu, zwykłemu gruczolakowi, wreszcie rakowi. Te ostatnie najczęściej wychodziły z bocznych tarczyc dodatkowych, przy czym przeważnie posiadały utkanie raka gruczołowego brodawkowatego *(Parcelier, Venot* i *Bonin, Hinterstoisser* i in.), wyjątkowo zaś — raka rdzeniastego (przypadek *Hinterstoissera)*. Przypadki raka wychodzącego z bocznych tarczyc dodatkowych ogłosili dalej *Berger, Pool, Grecusfelder* i *Bettmann. Nordmann* w jednym odcinku bocznej tarczycy dodatkowej stwierdził utkanie rakowe, podczas gdy inne jej części posiadały budowę gruczołu charakterystyczną dla choroby Basedowa. *Bagajewa* i *Berezin* przytaczają z piśmiennictwa 7 przypadków, w których utkanie tarczyc dodatkowych histologicznie nie różniło się niczym od obrazów spotykanych przy Basedowie, brak było natomiast klinicznych objawów choroby. Jeśli zaś chodzi o raka, to szereg autorów słusznie podkreśla, że rozpoznanie raka wola dodatkowego należy ustalać bardzo ostrożnie, zawsze bowiem uprzednio wyłączyć musimy iż nie mamy do czynienia z przerzutem pierwotnego raka tarczycy, bądź też innego narządu do pobliskich gruczołów chłonnych.

Boczne wola dodatkowe bywały już nieraz powodem szeregu powikłań; spostrzegano zaburzenia oddechowe *(Ssalitschew, Cattell)*, spowodowane uciskiem na tchawicę, dalej objawy ucisku na nerw współczulny i dolny nerw krtaniowy *(Eiselsberg)*. Twierdzono, że znaczne powiększenie się rozmiarów wola dodatkowego może doprowadzić do zaniku tarczycy właściwej na skutek wywieranego na jej miąższ ucisku. W przypadku *Wildenberga*, mimo iż chodziło o dobrotliwe gruczolaki posiadające otoczkę i dobrą ruchomość, spostrzegano zespół objawów Hornera. Wola znajdujące się w dołku nadobojczykowym mogą uciskać na splot nerwowy, co pociąga za sobą wystąpienie zaburzeń czucia na ramieniu oraz objawów ze strony naczyń, np. znikanie tętna na tętnicy szyjnej lub szprychowej, zwłaszcza przy ucisku guza *(Schlüter)*.

Przeprowadzane zabiegi operacyjne, mające na celu usunięcie bocznych woli dodatkowych, wyłączając przypadki w których wole jest usadowione koło kości gnykowej, nie nastręczają zazwyczaj większych trudności technicznych. Rzadko towarzyszyło zabiegowi większe krwawienie. Poważniejsze powikłania zdarzały się tylko wyjątkowo. W jednym z przypadków *Reinbacha* należało podwiązać żyłę szyjną wewnętrzną, ponieważ guz był z nią ściśle zrośnięty. Również *Cattell* wspomina o tym, że w niektórych przypadkach był zmuszony wyciąć żyłę szyjną wewnętrzną. W przypadku *Hinterstoissera,* w którym wole dodatko-

we przechodziło z szyi na jamę pachową, ze względu na uszkodzenie przy zabiegu żyły bezimiennej — musiano ją podwiązać. Ogólnie przyjęto, że przypadki bocznego wola dodatkowego zawsze winny być operowane z tego chociażby względu, iż stosunkowo często ulegają zwyrodnieniu złośliwemu.

Jeśli chodzi o wskazania operacyjne, to zawsze przed usunięciem wola dodatkowego winniśmy przekonać się o tym, czy chory posiada normalną tarczycę, czy też brak jej na właściwym miejscu, oraz czy nie wykazuje ona bardzo znacznych zmian patologicznych, równoznacznych z utratą narządu. Tylko w ten sposób możemy się pewnie uchronić przed powstaniem obrzęku śluzakowego, jak się to zdarzyło w przypadkach *Seldowitscha, Benjamina* i *Chamisso* oraz *Sudecka.*

Rokowanie pooperacyjne w przypadkach dobrotliwego wola dodatkowego jest na ogół dobre. Przy zwyrodnieniu złośliwym konieczne są pooperacyjne naświetlania promieniami Rentgena, przy czym, jak twierdzi *Cattell,* również i te przypadki, w odróżnieniu od innych złośliwych guzów szyi, pozwalają na względnie dobre rokowanie. Wspomnieć wreszcie należy o tym, że możliwe są pozorne nawroty sprawy histologicznie dobrotliwej. W przypadkach tych istotnie chodzi jednak o przekształcenie się w wole w różnym czasie szeregu tarczyc dodatkowych. Tak np. w przypadku *Kuseva* w rok po usunięciu dwu woli dodatkowych, znajdujących się po obydwu stronach szyi, posiadających utkanie spotykane przy Basedowie, stwierdzono obecność podobnych guzów w bocznym trójkącie szyi ponad obojczykiem i wzdłuż mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego. Guzy te, jak wykazało badanie histologiczne, rozwinęły się niewątpliwie z pozostawionych, gdyż nie zauważonych podczas pierwszego zabiegu, tarczyc dodatkowych. Podobnie w przypadku *Wildenberga,* w którym poza obustronną resekcją wola wycięto 5 bocznych woli dodatkowych wielkości jaja kurzego, znajdujących się pod żuchwą, mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym i w okolicy podobojczykowej, przeoczono obecność jeszcze jednego dodatkowego wola, które po kilku tygodniach usunięto.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Bugajewa* i *J. Berezin:* Struma aberrans basedowiana. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 78, 1936; 2. *Cattel R.:* Aberrant thyroid. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 57, 1932; 3. *Cohrs P.:* Beitrag zur Kenntnis der intraperikardialen akzessorischen Schilddrüsen und Epithelkörperchen beim Hund.—Ref.: Anatomischer Bericht, Bd. 18, 1930; 4. *Garre, Küttner, Lexer:* Handbuch der praktischen Chirurgie. Bd. II, 1924; 5. *Hanford J.:* Thyroid nodules in the lateral neck region. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 66, 1934; 6. *Hochenegg-Payr:* Lehrbuch der speziellen Chirurgie. Bd. I., 1927; 7. *Henke F.* u. *Lubarsch O.:* Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, Bd. VIII; 8. *Kirschner-Nordmann:* Lehrbuch der Chirurgie; 9. *Kuseva* M.: Struma aberrans. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 53, 1931; 10. *Lewisohn R.:* Symmetrical lateral aberrant thyroids. Ann. of surg., 84, 1926; 11. *Madelung:* Anatomisches und Chirurgisches über die Glandula thyreoidea accessoria. Arch. f. klin. Chir., Bd. 24, 1879; 12. *Morrin F.:* A case of bilateral accessory thyroids. — Ref.: Anat. Bericht., Bd. 17, 1928; 13. *Payr E.* und *Martina A.:* Ueber wahre laterale Nebenkröpfe, pathologisch-anatomische und klinische Beiträge. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 85, 1906; 14. *Rabl H.:* Ueber die akzessorische Schilddrüse im Zungenbein des Meerschweinchens. Anat. Bericht, Bd. 25, 1931; 15. *Reich A.:* Ueber Struma retroviscerales mit Halskyphose und über laterale Nebenkröpfe. — Beiträge zur klin. Chir., Bd. 72, 1911; 16. *Schwalbe E.:* Morphologie der Missbildungen. Bd. III, 1928; 17. *Wildenberg L.:* Thyroides aberrantes laterales. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir.: Bd. 50, 1930.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

PRZYPADEK WOLA PODMOSTKOWEGO

podał

Dr Roman Wolański.

Z pośród 160 przypadków wola, operowanych na Oddziale w ciągu ubiegłych lat czterech, w dwu tylko spotkaliśmy się z wolem podmostkowym, nisko schodzącym do śródpiersia. Zwłaszcza ostatni z tych przypadków zasługuje na omówienie.

Chodziło o 40-letnią chorą, która zgłosiła się do szpitala ze skargami na szybkie, zwłaszcza w ciągu ostatnich kilku lat, powiększanie się wola. Równocześnie z szybszym wzrostem guza tarczycy zjawiły się i coraz bardziej nasilały dolegliwości w postaci uczucia duszności i trudności przy połykaniu.

Przy badaniu stwierdzono: chora wzrostu niskiego, wątła. Sinica warg; błony śluzowe różowe. Na skórze dolnej części szyi i górnego odcinka klatki piersiowej widoczne liczne, b. silnie rozszerzone i pokręcone, wyraźnie wypuklające się żyły podskórne, zbiegające się w okolicy nadobojczykowej. Obydwa płaty tarczycy powiększone do rozmiarów pięści — przy czym lewy nieco większy od prawego — dolnym swym biegunem zachodziły poza obojczyk. Posiadały one powierzchnię guzowatą, spoistość zaś nierównomierną. Ponadto nad rękojeścią mostka i w partiach bezpośrednio doń przylegających stwierdzono obecność stłumienia przechodzącego w dole bezpośrednio w stłumienie serca. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej wykazało obecność wola podmostkowego: szeroki i silnie wysycony cień guza zlewał się z cieniem łuku tętnicy głównej. Obydwa szczyty okazały się silnie zaciemnione. Kształt cienia serca przedstawiał się prawidłowo (rys. 1).

Zabieg wykonano *(dr Jasieński)* w znieczuleniu splotowym. Po przecięciu skóry cięciem kołnierzowatym musiano przeciąć i podwiązać znajdujące się w tkance podskórnej liczne silnie pokręcone żyły grubości palca, przypominające swym wyglądem żylaki. Po resekcji klinowej obydwu płatów tarczycy, których dolne bieguny schodziły nieco poza obojczyki i mostek, wprowadzono palec do przedniego śródpiersia i przekonano się, że pod rękojeścią mostka, poniżej jego wcięcia, tkwi jeszcze wielki twardy guz dodatkowy. Guz ten przy pomocy długiej wąskiej szypuły łączył się z przemieszczoną nieco ku dołowi węziną gruczołu tarczowego. Przystąpiono więc do uwolniania guza od otoczenia na tępo palcem wprowadzonym do śródpiersia, przy czym okazało się, że najtrudniej było oddzielić go od mostka, z którym wydawał się być ściśle zespolony. Po wielu wysiłkach wypchnięto wreszcie guz ze śródpiersia, po czym podwiązano i przecięto napinające się jeszcze zrosty i guz usunięto w całości. Przy oddzielaniu guza od dołu wyczuwało się wyraźnie tętnienie łuku aorty, do którego dolny jego biegun przylegał bezpośrednio. Guz, wielkości średniej pięści, o spoistości —



Rys. 1.

wobec zawartych pośród miąższu gruczołowego ognisk zwapniałych i kostnych — niejednolicie twardej, posiadał gładkie powierzchnie, poza powierzchnią przednią, na której stwierdzono obecność łączących go z mostkiem i oderwanych odeń w czasie zabiegu blaszek kostnych. Ze względu na stosunkowo wielkie rozmiary i właściwości anatomiczne guz z trudnością tylko zmieścił się w górnym otworze klatki piersiowej i przez chwilę nawet wydawało się, iż nie uda się go wytoczyć bez przecięcia rękojeści mostka. Obawy te wszakże okazały się płonne; w czasie wyciągania guza została tylko silnie ugnieciona tchawica i wystąpiły zaburzenia w oddychaniu; obja-

wy duszności ustąpiły jednak natychmiast po wytoczeniu guza.

Usunięty guz, wagi 90 g, posiadał grubą torebkę łącznotkankową, przy czym zewnętrzna jej blaszka na całym niemal obwodzie guza zawierała, obok licznych ognisk skostniałych, dość znacznych rozmiarów blaszki kostne. Na przekroju guza, obok drobnych, widocznych już jednak gołym okiem, różnokształtnych i różnej wielkości torbieli wypełnionych płynem bądź żółtawym, bądź też ciemno-krwawym, widoczne były różnobarwne pola tkanki gruczołowej. Badanie histologiczne wycinków z guza wykazało, iż wszystkie pęcherzyki gruczołowe były niezwykle szerokie. Miejscami, po zlaniu się ze sobą, tworzyły one większe i mniejsze torbiele, przy czym były wyścielone jedną tylko warstwą komórek nabłonkowych kostkowych, bądź komórek płaskich. Światła pęcherzyków wypełniała jednolita masa szklista, poszczególne zaś pęcherzyki otaczała skąpa tkanka łączna miernie unaczyniona. W pasmie łączącym guz podmostkowy z węziną gruczołu tarczowego, obok obfitej tkanki łącznej włóknistej udało się również wykazać utkanie tarczycy.

Wobec tego, że przy zabiegu nie zeszyto szczelnie rany, lecz pozostawiono w miejscu guza podmostkowego dwa dreniki (dla uniknięcia zaś zalegania wydzieliny w ranie ułożono chorą poziomo z górną częścią tułowia opuszczoną niżej od dolnej), gojenie się trwało około 6 tygodni. Przebieg pooperacyjny niczym nie był powikłany; chora opuściła szpital w bardzo dobrym stanie i bez dolegliwości.

Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z wolem podmostkowym; poza powiększeniem obydwu płatów bocznych, schodzących częściowo do śródpiersia, guz wielkości pięści, połączony przy pomocy wąskiej szypuły z węziną gruczołu tarczowego, w całości znajdował się w śródpiersiu przednim, dochodząc dolnym swym biegunem do łuku tętnicy głównej.

W przeciwieństwie do stosunkowo częstych przypadków, zaliczanych również do wola śródpiersiowego, w których część tylko płatu tarczycy zachodzi poza obojczyk lub mostek, przypadki, w których znaczna część płatu, względnie cały płat jest usadowiony w obrębie klatki piersiowej, spotykamy bardzo rzadko. Stąd pozorne sprzeczności w zestawieniach poszczególnych autorów, dotyczących częstości występowania wola śródpiersiowego. *Krecke* mówi o tym, że wole śródpiersiowe, względnie podmostkowe spotykał w 28% przypadków; *Divis* — w 12%; *Federbaum*, twierdząc że wole podmostkowe jest częstsze niż się na ogół przyjmuje, oblicza jego częstość na 7 — 10%, przy czym podkreśla jednak, że możnaby je stwierdzić prawdopodobnie jeszcze częściej, gdyby wszyscy chorzy byli poddawani badaniu rentgenowskiemu. *Pemberton*, zaliczając do grupy podmostkowych wyłącznie te wola, które przynajmniej połową swej objętości znajdowały się poza mostkiem, schodząc w głąb klatki piersiowej na 1,25 — 12,5 cm, mówi o 13,5% przypadków wola podmostkowego i o 0,6% przypadków wola znajdującego się wewnątrz klatki piersiowej. *Lohey* rozróżnia całkowite i niecałkowite wole zamostkowe; w pierwszym najszerszy przekrój guza znajduje się poniżej szczytu rękojeści mostka, w niecałkowitym natomiast — na szyi ponad wcięciem mostka.

Dwie są zasadnicze postacie wola śródpiersiowego w zależności od tego czy guz jest połączony z tarczycą, czy też nie stoi z nią w żadnym związku, chodzi więc o wole dodatkowe. Te ostatnie bowiem spotykano nie tylko na szyi, lecz również poniżej właściwego gruczołu — poza mostkiem, a nawet w pobliżu łuku tętnicy głównej; budową swą odpowiadały one głównemu gruczołowi, przy czym niekiedy powiększały się znacznie, względnie ulegały zmianom nowotworowym (przypadki *Zenkera, Simssena, Wiesmanna)*.

Przeważnie wole leżące w obrębie klatki piersiowej stanowiło część powiększonej tarczycy, okazującej skłonność do wrastania poza mostek. Bardzo rzadko spotyka-

no wole wrodzone. Rzadko chodziło o całkowite wole podmostkowe, gdy cały gruczoł — wszystkie trzy jego płaty — znajdowały się poza mostkiem, jak to miało miejsce w przypadku *Perrina* i *Mallet-Guya*. Przeważnie część wola znajdowała się na szyi, część zaś w obrębie klatki piersiowej, bądź też chodziło o wole bardzo ruchome, chowające się przy głębokim wdechu (*„goître plongeant”* autorów francuskich), względnie o poruszające się z tchawicą i obniżające znacznie przy wdechu wole wędrujące (*„Wanderkropf”* autorów niemieckich). W jednych przypadkach cały płat gruczołu obsuwał się ku dołowi; w innych guz rozwijający się w dolnym biegunie jednego z płatów bocznych, bądź płatu środkowego, oddzielał się od reszty gruczołu i schodził na szypule do klatki piersiowej. Mały gruczolak, powstały w dolnym biegunie jednego z płatów tarczycy, rosnąc wydłuża się stopniowo ku dołowi i nie napotykając na przeszkodę, wnika do śródpiersia. Początkowo taki małych rozmiarów gruczolak przy ruchach połykowych lub kaszlu może się wydostawać ze śródpiersia. Z czasem osiąga on taką wielkość, iż nie mieści się już w otworze klatki piersiowej, pozostaje przeto stale w śródpiersiu i rośnie w kierunku ku dołowi. Wzrost guza pośród wiotkiej tkanki łącznej śródpiersia odbywa się znacznie swobodniej, niż w wąskim górnym otworze klatki piersiowej. Wskutek wywieranego na guz przez części kostne ucisku częstokroć początkowo powstaje bruzda między guzem szyjnym a śródpiersiowym. Z czasem związek między obydwiema częściami guza stawać się może bardziej luźny: łączy je tylko pasmo postronkowate, niekiedy tak cienkie, iż guz śródpiersiowy na pierwszy rzut oka sprawiać może wrażenie wola dodatkowego, i dopiero dokładne badanie pozwala wykazać, iż jest on połączony z tarczycą. W tego rodzaju przypadkach, zwłaszcza gdy obydwie części gruczołu łączy tylko wąski postronek łącznotkankowy, niektórzy mówią — w odróżnieniu od prawdziwego — o nabytym względnie rzekomym wolu dodatkowym.

Zdania co do tego, z której części gruczołu najczęściej rozwija się wole śródpiersiowe, nie brzmią bynajmniej zgodnie. *Kaufmann* twierdzi, że przeważna część guzów schodzących poza mostek pochodzi ze środkowej części tarczycy. Zdaniem *Gierke* wola zamostkowe wychodzą najczęściej z dolnego bieguna gruczołu, rzadziej z węziny tarczycy. *Sudek* utrzymuje, że wole śródpiersiowe rozwija się zwykle z dolnego bieguna już normalnie głębiej ułożonego lewego płatu; może ono jednak rozwijać się również równocześnie z obydwu dolnych biegunów, zwłaszcza przy niskim usadowieniu gruczołu, spotykanym przy krótkich szyjach. Według *Wuhrmanna* w 37% przypadków guz wychodzi z prawego, w 30% — z lewego i w 33% — ze środkowego płatu; zdarza się też, że wnikają do śródpiersia dwa lub wszystkie trzy płaty gruczołu.

Kształt wola zamostkowego bywa przeważnie kulisty lub owalny; spotykano jednak również guzy klepsydrowate, poprzecznie przesznurowane, względnie nieregularne, z wypustkami. Wielkość ich bywa różna. W przypadku *Hubera* guz wielkości pięści leżał między mostkiem a tchawicą, dochodząc do miejsca jej podziału na główne oskrzela. Znane są jednak guzy znacznie większych rozmiarów, które sięgały nawet do osierdzia (*Verebely*) lub do przepony (*Giehrl* i *Hopmann*), względnie zajmowały znaczną część jamy opłucnej (*Förster*, *Ditrich*, *K. Mayer*).

Charakter anatomiczny woli śródpiersiowych bywa różny. Przeważnie chodzi o wole guzowate; często — o wole gruczołowe, niejednokrotnie zawierające torbiel. W przypadku *Polaka* torbiel, znaleziona w górnym przednim śródpiersiu, wisząca

na szypule i wychodząca z lewego płatu tarczycy, miała pojemność 300 cm³. Względnie często też spotykano w śródpiersiu wole złośliwe, przy czym w jednych przypadkach chodziło o zwyrodnienie początkowo normalnego gruczołu, w innych nowotwór rosnąc rozszerzał się z szyi ku dołowi. W przypadkach *Livraga, Essau, Plückera* i in., podobnie jak i w naszym, stwierdzono w miąższu gruczołu zwapnienia i ogniska kostne, zbudowane z delikatnych beleczek, pośród których znajdował się komórkowy szpik kostny, względnie chodziło o wole podmostkowe skostniałe. Skostnienie to w przypadkach *Essau* i naszym było przyczyną trudności operacyjnych, guz bowiem bezpośrednio łączył się z tylną ścianą mostka.

Wole śródpiersiowe spotykano najczęściej u ludzi po 40-tym roku życia, niemal równie często u mężczyzn jak i kobiet; jedynie w zestawieniu *Federbauma* stosunek obydwu płci przedstawiał się jak 1 : 4.

W zależności od ułożenia guza, jego rozmiarów i kierunku wzrostu, w różnym stopniu uciska on i przemieszcza sąsiednie narządy: tchawicę, oskrzela i naczynia. W ścisłym też z tym związku pozostają spotykane objawy kliniczne.

Najsilniejszemu zniekształceniu ulega zwykle tchawica. Uciskana przez guz może ona ulec wygięciu, skręceniu lub wybitnemu spłaszczeniu już to w płaszczyźnie czołowej, już to strzałkowej, co powoduje zwężenie jej światła. Zwężenie to powstać też może na drodze pośredniej, wskutek ucisku wywieranego na tchawicę przez ścianę przemieszczonej tętnicy bezimiennej, względnie prawej tętnicy szyjnej wspólnej. Stąd zaburzenia oddychania początkowo nieznaczne, postępujące powoli i stopniowo się nasilające. We wczesnych okresach wola podmostkowego chorzy skarżą się na uczucie ucisku poza mostkiem i duszności przy większych wysiłkach fizycznych; przeważnie towarzyszy temu bicie serca. Znacznie później występują napady duszności w czasie snu. Gdy tchawica uciśnięta jest z jednej tylko strony, chory nie odczuwa duszności leżąc tylko na jednym boku. Nocne ataki duszności tłumaczono też gromadzeniem się w tchawicy śluzu, zatykającego w pewnej chwili miejsce jej zwężenia, dalej mechaniczną przeszkodą w odpływie krwi żylnej, wreszcie uciskiem wywieranym przez guz na naczynia i płuca. W dalej jeszcze posuniętych przypadkach oddech staje się słyszalny na odległość (stridor). Przy bardzo wielkich rozmiarach wola ulec może również uciskowi główne oskrzele; prowadzi to zwykle do rozstrzeni oskrzela i zastępczej rozedmy płuca. Wcześnie też wywołuje uczucie duszności, a równocześnie i zaburzenia w połykaniu, wole wrastające w przestrzeń pomiędzy tchawicą i przełykiem *(Krönlein)*, względnie między przełykiem a kręgosłupem *(Störk)*. W dwu przypadkach *Clairmonta* wskutek wywieranego przez guz ucisku powstały uchyłki przełyku.

Częstokroć też guz uciska i przemieszcza naczynia krwionośne. Ucisk wywierany na duże żyły w górnym otworze klatki piersiowej prowadzi do zaburzeń w odpływie krwi żylnej. Wyrównuje je w zupełności w ciągu długiego czasu rozwijające się zastępcze krążenie oboczne przez znacznie rozszerzone żyły podskórne. Zwłaszcza przy ucisku wywieranym przez guz na jedną bądź też obydwie żyły szyjne wewnętrzne — powierzchowne żyły szyi i klatki piersiowej znacznie się rozszerzają, niejednokrotnie przypominając swym wyglądem głowę meduzy. Niekiedy spotykamy powikłania w postaci zakrzepów żylnych. W przypadku *Schultzego* ucisk guza sprowadził zakrzep żyły bezimiennej i wewnętrznej żyły szyjnej. W przypadku

Essau wystąpił zakrzep w żyłach ramienia. W jednym z przypadków *Clairmonta* ucisk na naczynia był przyczyną wystąpienia obrzęku obydwu kończyn górnych. W przypadku *Màtyása* spostrzegano obrzęk ramienia i prawej połowy szyi. Ucisk wywierany przez guz na końcowy odcinek przewodu piersiowego był w przypadku *Schultzego* powodem wylewu mlecza do opłucnej (chylothorax).

Guzy wielkich rozmiarów mogą przemieszczać łuk aorty, a nawet serce *(Mayer, Franchin)*, przy czym, wskutek bezpośredniego przylegania guza do łuku tętnicy głównej, niekiedy spostrzegano udzielone tętnienie.

Z pośród nerwów najczęściej bywały przemieszczone i uciśnięte nerw przeponowy, błędny oraz lewy dolny nerw krtaniowy.

Rozpoznanie przypadków wola podmostkowego jest na ogół łatwe ze względu na objawy uciskowe spotykane ze strony narządów szyi i śródpiersia, wytwarzanie się obocznego krążenia żylnego, przede wszystkim zaś dzięki charakterystycznemu obrazowi rentgenowskiemu. Wiele wszakże przypadków przebiega w ciągu szeregu lat zupełnie bezobjawowo, inne dają objawy nie dość charakterystyczne, co prowadzi do błędów rozpoznawczych. Nie należą one bynajmniej do wyjątkowych w przypadkach, w których nie stwierdza się na szyi obecności guza. Niekiedy guz bywa widoczny przy kaszlu lub nadęciu się, t. j. przy znacznym podniesieniu się ciśnienia śródpiersiowego. Niekiedy udaje się wyczuć palcem obecność twardego oporu poza rękojeścią mostka; w innych wszakże przypadkach badanie to zawodzi. Spotykano nawet sporadycznie chorych, u których mimo ciężkiej duszności nie udało się wykazać klinicznie obecności guza. Stłumienie nad mostkiem, względnie nad górnym płatem płuca, należy również do objawów nie stałych. Mimo zaś istnienia pośrednich objawów klinicznych ze strony narządów sąsiednich: duszności, sinicy, spania w pozycji siedzącej, chrypki, bólów szyi, ramienia, łopatki, bólów i uczucia pełności w górnej części klatki piersiowej, będących wyrazem ucisku wywieranego przez guz na narządy śródpiersia — mylono niejednokrotnie przypadki wola podmostkowego z rozedmą płuc, dychawicą, dusznicą bolesną i innymi schorzeniami serca, względnie błędnie myślano o guzie płuca lub śródpiersia, bądź też o tętniaku tętnicy głównej. Szczególne trudności rozpoznawcze nastręczają przypadki wola podmostkowego u osób sercowo chorych. Mówi się wprawdzie, że najpewniej rozstrzyga rozpoznanie badanie rentgenowskie, zdaniem *Federbauma* jednak również i rentgenolodzy niejednokrotnie już mylili wole podmostkowe z tętniakiem tętnicy głównej. Różnicowanie między wolem a guzami grasicy nie napotyka zwykle na większe trudności, te ostatnie bowiem zwykle dają na kliszy cień bardziej rozlany, bez ostrych granic, nie osiągają tak znacznych rozmiarów i nie wywołują poważniejszych objawów uciskowych. Najpewniej wszakże rozstrzyga wątpliwości rozpoznawcze stosunek widocznego na kliszy cienia do tchawicy. W przeciwieństwie do wola inne guzy śródpiersia rzadko tylko przesuwają tchawicę, stałym zaś niemal objawem towarzyszącym wolu jest skręt tchawicy. Rozpoznajemy go również przy badaniu klinicznym na tej podstawie, że rowek chrząstki tarczowatej nie leży ściśle w linii środkowej, lecz jest nieco przesunięty na zewnątrz. Wreszcie wole, w przeciwieństwie do innych guzów śródpiersia, porusza się przy połykaniu.

Leczenie wola podmostkowego może być tylko chirurgiczne, każdemu bowiem z tych chorych grozi w każdej niemal chwi-

li niebezpieczeństwo uduszenia się. Jest ono szczególnie groźne w przypadkach, w których następuje nagłe powiększenie się rozmiarów wola wskutek zaburzeń krążenia: zastoju i obrzęku, względnie powstania wylewu krwawego do miąższu gruczołu. Ze względu na to poważne niebezpieczeństwo szereg chirurgów słusznie żąda, aby chorzy dotknięci wolem wcześnie byli operowani, zanim wytworzy się wole śródpiersiowe, tym bardziej, że leczenie operacyjne przypadków wola podmostkowego względnie śródpiersiowego niejednokrotnie nastręcza wielkie trudności. Już *Kocher* twierdził, że zabieg ten jest b. uciążliwy i wymaga od operatora wielkiej wprawy i doświadczenia. Podręczniki mówią, że, przy wielkich rozmiarach guza i w razie istnienia silnych jego zrostów z otoczeniem, wydobycie guza normalną drogą przez szyję może się okazać zupełnie niemożliwe. W przypadkach tych zalecają rozszczepienie mostka w linii środkowej przy pomocy nożyc Schumackera, zdłutowanie części mostka bądź jego rękojeści, jak to czynili *Billroth* i *Schloffer*, mediastinotomię *Sauerbrucha*, względnie przecięcie mostka według *Heyrosky'ego* — *Plenka* — *Hohenega* w kształcie odwróconego Y, a przy zawodzie i tych metod — boczną mediastinotomię *Kochera*, polegającą na przecięciu II, III, a nawet i IV żebra. Wielu wszakże chirurgów twierdzi, że nigdy w tych przypadkach nie byli zmuszeni do rozszerzania zabiegu na części kostne i że przy odpowiednim postępowaniu zawsze udawało im się wytoczyć guz takich nawet rozmiarów, przy których inni z reguły uciekali się do przecięcia mostka *(De Quervain, Pemberton* i in.). Niektórzy są zdania, że wskazania do rozszerzenia zabiegu zachodzą tylko wyjątkowo. *Merk*, *Polak*, *Lange* i *Dendeen* raz tylko wykonali sternotomię względnie mediastinotomię, *Haberer* — dwukrotnie, *Divis* zaś — trzykrotnie. *Lecène* i *Leriche* mówią o niskim skórnym cięciu kołnierzowatym i stosunkowo częstej potrzebie przecięcia mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego po jednej tylko stronie. Przeważnie jednak obejść się można zarówno bez zabiegu na częściach kostnych, jak i bez przecinania tego mięśnia.

Za najbardziej oszczędzającą metodę operacyjną uważa *Clairmont* wytoczenie guza przy pomocy cugli, *Glatzel* — przy pomocy pętli *Rutkowskiego*. Wszyscy przyznają zgodnie, że zabieg zawsze rozpocząć należy od podwiązania i przecięcia naczyń tarczycowych górnych i uwolnienia górnego bieguna gruczołu, a następnie dopiero możemy przystąpić do wytaczania guza podmostkowego. Zabiegowi nie towarzyszy zwykle większe krwawienie, gdyż, jak to słusznie podniósł *Bérard*, przerosły płat tarczycy wciągnięty do klatki piersiowej, pociąga zwykle za sobą i mocno naciąga naczynia dolnego bieguna gruczołu. *Pemberton* wszakże, *Lohey* i in. słusznie podkreślają, że wobec często spotykanego niestosunku między średnicą górnego otworu klatki piersiowej a rozmiarami guza, dalej wskutek ujemnego ciśnienia panującego w śródpiersiu — próby wyciągnięcia guza z poza mostka nie tylko napotykają na wielkie trudności techniczne, lecz i kryją w sobie poważne niebezpieczeństwa, związane zwłaszcza z rozdarciem guza i nieuniknionym w tych przypadkach krwawieniem. Aby zapobiec tym powikłaniom polecają oddzielić uprzednio guz od zrostów przy pomocy palca wprowadzonego do śródpiersia, następnie zaś wypychać guz palcem w kierunku od dołu ku górze, pociągając zań równocześnie drugą ręką. Tego rodzaju postępowanie wydaje się nam najwłaściwszym i najbardziej skutecznym. *Pemberton* zaleca jednak ponadto wprowadzenie przed zabiegiem sztywnego cewnika do tchawicy dla podawania choremu tą drogą tlenu w

czasie zabiegu. Ma to na celu zapobieżenie zaburzeniom oddychania i uduszeniu się chorego podczas uwalniania i wytaczania guza ze śródpiersia. Postępowanie to wszakże nie wielu zdaje się znalazło zwolenników; wydaje się nam ono zbędnym, a dla chorego bynajmniej nie obojętnym.

Różnice w postępowaniu poszczególnych chirurgów dotyczą wreszcie sprawy, czy ranę operacyjną należy zeszyć szczelnie, czy też sączkować; ci, którzy szczelnie zeszywają powłoki przy wszystkich operacjach wola, kładą szczególny nacisk na szczelne zeszycie rany w przypadkach wola podmostkowego. Inni natomiast po usunięciu guza ze śródpiersia uważają za konieczne sączkowanie względnie drenowanie jego łożyska. To ostatnie postępowanie wydaje się nam bardziej racjonalnym; kto raz widział ropne zapalenie śródpiersia po operacji wola, ten z góry będzie mu się starał w każdym przypadku zapobiec, sączkując powstałą po usunięciu guza pustą przestrzeń i odpowiednio układając chorego dla zapewnienia należytego odpływu zbierającej się w niej w pierwszych dniach po zabiegu krwi i chłonki.

Za przeciwwskazanie do zabiegu uważa *Clairmont* zły stan ogólny i podeszły wiek chorego, choroby serca i znaczne wychudzenie.

PIŚMIENNICTWO:

Clairmont: Über die Struma endothoracica. — Münch. med. Wochschr., 1923. *Chworow* i *Preobrażeński:* Symptomatologie der retrosternalen Kropfes. — Wiestnik Endokrinołogii, 6, 1932. *Clute H. M.:* Diagnosis of substernal goiter. — Surg. Clin. N. Amer., 9, 1929. *Divis, Jivi:* Zur Operation des mediastinalen Kropfes. — Cas. lek. Česk. 1936. *Denneen E.:* Mediastinotomy for substernal goiter. — An. of Surg. 103, 1936. *Engel K.:* Zur Symptomatologie der Struma substernalis. — Wien. klin. Wochschr., 17, 1914. *Esau P.:* Retrosternale Strumen. — Zbl. f. Chir. 1931. *Federbaum D.:* Substernal thyroid. — Amer. Journ. of the med. Sc., 171, 1926. *Glatzel J.:* Leczenie chirurgiczne wola. — Polski Przegl. Chirurg. T. VI, z. I, 1927. *Hurxthal L.:* Choking as a symptom of goiter. — Surg. Clin. N. Amer., 12, 1932. *Henke-Lubarsch:* Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. *Huber P.:* Intrathoracale Struma. — Zbl. f. Chir., 1936. *Hunziker u. Pfister:* Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg., 82. *Haberer:* Oesophagus Divertikel, retrosternale Struma und blutendes Magengeschwur bei denselben Patienten. — Arch. f. klin. Chir., 122, 1923. *Krecke A.:* Ein bemerkenswerter Fall von Tauchkropf. — Münch. med. Wochschr., 13, 1920. *Lahey F. a. W. Swinton:* Intrathoracic goiter. — Surg. etc., 58, 1934. *Lange:* Primäre Sternumspaltung bei intrathoracaler Struma. — Zbl. f. Chir., 1936. *Lecène et Leriche:* Therapeutique chirurgicale. — 1926. *Livraga:* Contribution a l'étude du goitre osseux. (Riforma medica). — Ref.: Journal de Chirurgie. 50, 1937. *Lahey F.:* The surgical management of intrathoracic goiter. — Surg. etc., 53, 1931. *Mátyás:* Fall von Struma intrathoracalis aberrans, einen intrapulmonalen Tumor von seltener Lokalisation vortauschend. — Zbl. f. Chir., 1934. *Merke:* Struma mediastinalis. — Schweitz. med. Woch. 1931. *Molnar:* Ein Fall von retrosternalem Kropf. — Klin. Wochschr., 9, 1922. *Polak u. Brumlik:* Intrathoracaler cystischer Kropf. — Ćas. lek. Ćesk., 1936. *Pemberton J.:* Surgery of substernal and intrathoracic goiter. — Arch. of Surg., 2, 1921. *Perrin et Mallet-Guy:* Un cas de goitre plongeant. — Lyon Chirurgical, 21, 1924. *Plücker:* Zbl. f. Chirurg., 1925. *Mc. Quillau and Breidenbach:* Morbidity folloving goiter operations. — Annals of Surgery, 106, 1937. *Schultze H.:* Über einen Fall von Chylothorax hervorgerufen durch Kompression der Mündungsstelle des Ductus thoracicus durch eine Struma substernalis. — Wien. klin. Wochschr., 38, 1932.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala S. S. Elżbietanek w Warszawie.
Ordynator: *Doc. Dr Jan Zaorski.*

SKRĘT SIECI WIELKIEJ

podał

Jan Falkowski.

Skręt sieci wielkiej jest schorzeniem opisywanym w każdym podręczniku chirurgii, w codziennej jednak praktyce zdarza się rzadko, a właściwe rozpoznanie nie zawsze bywa postawione przed otworzeniem brzucha. Skłania nas to do krótkiego podania historii choroby spostrzeganego i operowanego przez nas chorego.

Dn. 10.VI 1936 r. o godz. 12-ej przywieziono chorego W. W., lat 47, urzędnika, w stanie dość ciężkim, skierowanego przez lekarza urzędowego z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Od czterech dni chory cierpiał na bóle brzucha o zmiennym natężeniu, głównie w prawej dolnej ćwiartce. Mimo to z przerwami pracował w biurze do godz. 11-ej poprzedniego dnia. Nagle dostał napadu nadzwyczaj silnych bólów brzucha, wskutek czego został przewieziony do domu. Ciepłota przed napadem poniżej 37°, podniosła się do 37,4°. Wymiotów nie miał, tylko od czasu do czasu mdłości. W dniu przybycia do szpitala niewielkie samoistne wypróżnienie (stolce w ogóle zaparte). Wiatry odchodzą prawidłowo w ciągu całego czasu trwania choroby. Mocz oddaje w ciągu ostatnich dni z bólem w dole brzucha po stronie prawej. Od urodzenia ma prawostronną przepuklinę pachwinowo-mosznową. Zawartość jej często i łatwo odprowadzał, ostatni raz wczoraj, ale z bólem. Dziś, jak podaje chory, odprowadził przepuklinę tylko częściowo, gdyż ostry ból moszny przy ucisku nie pozwolił mu na dalsze usiłowania w tym kierunku. Pasa przepuklinowego nie nosił. Nigdy dotychczas nie miał objawów uwięźnięcia przepukliny, jak również napadu tak ostrych i gwałtownych bólów, jak wczoraj. Od chwili ustąpienia napadu, który trwał około ½ godziny, do chwili obecnej chory ma uczucie tępego samoistnego bólu w prawej połowie brzucha i w mosznie, wzmagającego się znacznie i nagle przy wszelkich ruchach tułowia i kończyn dolnych.

Przebył dur powrotny, zapalenie woreczka żółciowego, rzeżączkę. Pije napoje wyskokowe, pali.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: Chory przytomny, twarz cierpiąca, leży bez ruchu. Wzrost średni, budowa mocna, prawidłowa, otyły. Ciepłota 37,8°. Język suchy, obłożony. Tony serca głuchawe, czynność miarowa. Tętno średnio wypełnione i napięte, 86/min. Płuca bez zmian.

B r z u c h nieco wzdęty, mniej niż normalnie ruchomy podczas oddychania. Osłuchowo od czasu do czasu zwykłe szmery perystaltyczne. Odgłos opukowy w prawej połowie brzucha stłumiony, poza tym bębenkowy. W prawej połowie brzucha, zwłaszcza w dole, duże napięcie powłok i wyraźnie zaznaczona obrona mięśniowa. Dodatni objaw Blumberga na całej powierzchni brzucha. Objawy Rowsinga i Jaworskiego dodatnie. Guzów w obrębie jamy brzusznej nie wyczuwa się (badanie utrudnione wskutek obrony mięśniowej). Ujście zewnętrzne prawego kanału pachwinowego niedrożne, nadzwyczaj bolesne przy badaniu. W ujściu tkwi twór grubości półtora palca, zbity, bardzo bolesny przy ucisku, przechodzący w guz zawarty w prawej połowie moszny.

M o s z n a: Prawa połowa moszny znacznie większa niż lewa, o skórze nieco zaczerwienionej, zawiera twór wielkości małej pięści, zbity, kształtu bryłowatego, o nierównej powierzchni, bardzo bolesny przy ucisku. Worek mosznowy obkurczony wokoło guza, przesuwalność jego nad guzem zachowana, lecz bolesna. Jądro nie daje się wyczuć jako oddzielny twór. Przelewań i kruczeń nie wysłuchano. Lewa połowa moszny ma wygląd prawidłowy, zawiera jądro nie zmienione, jest niebolesna przy ucisku. Badanie palcem przez odbytnicę nie wykazało odchyleń od normy. Okolica nerek niebolesna przy wstrząsaniu. Mocz barwy bursztynowej, przejrzysty, kwaśny, ciężar gatunkowy 1,012, białko i cukier nieobecne, urobilinogen wzmożony, w osadzie w skąpej liczbie płaskie nabłonki, 1 — 2 białych ciałek krwi w polu widzenia, czerwonych krwinek i wałeczków nie stwierdzono, śluzu skąpo. Badanie krwi wykazało 16,500 ciałek białych w mm³.

Na zasadzie tego obrazu nie ulegało wątpliwości, że zachodzą bezwzględne wskazania do natychmiastowej operacji. Rozpoznawaliśmy uwięźnięcie albo skręt w worku przepuklinowym trudnego jeszcze na razie do określenia tworu, ze względu jednak na współistnienie niewątpliwie

ostrych objawów również ze strony brzucha zdecydowaliśmy rozpocząć operację od tego przede wszystkim odcinka.

O p e r a c j a *(J. Fałkowski)*: Uśpienie eterowe. Cięcie Jalaguiera. Po otwarciu powłok i otrzewnej ujrzano w brzuchu ciemno siną, miejscami żółtawo przeświecającą masę o ziarnistej budowie charakterystycznej dla sieci. Poza tym stwierdzono znaczną ilość wolnego surowiczego, ciemnawo zabarwionego płynu. Podczas wydobywania opisanego tworu stwierdzono, że była to istotnie prawa część fartucha sieci wielkiej, skręcona sześciokrotnie przy poprzecznicy w kształcie grubego powroza. Najniżej leżący odcinek sieci i najbardziej zasiniony wydobyto z dużym oporem z brzusznego ujścia prawego kanału pachwinowego. Po wydobyciu zmienionej sieci na zewnątrz odkręcono ją, nie odzyskała jednak po tym prawidłowego zabarwienia. Nałożono dwie



Rys. 1.

bardzo mocne podwiązki strunowe nad miejscem skręcenia na niezmienione naczynia, po czym odcięto sieć poniżej podwiązek. Wreszcie usunięto wyrostek robaczkowy rozlegle pozrastany z otoczeniem, nieco zaczerwieniony. Powłoki szczelnie zeszyto.

Usunięty odcinek sieci przedstawiał się jako duży i bardzo gruby płat, wagi około 2½ kg, ciemno-sino zabarwiony, miejscami przeświecający żółtawo. Najbardziej intensywnie zabarwiony, niemal granatowo, był odcinek uwięźnięty w mosznie. Naczynia żylne bardzo grube. Preparat formalinowy skręconej sieci (już nieco wysuszony i zmalały) został odrysowany (rys. 1).

W y r o s t e k: Surowicówka zaczerwieniona z drobnymi punkcikowatymi wybroczynami. Ściany nieco zgrubiałe. Śluzówka wygładzona, biaława. W świetle nieco kałowo-śluzowej zawartości.

20.VI 1936 r. Rana zagojona przez rychłozrost. Wypisany z zaleceniem zgłoszenia się w celu operowania przepukliny.

28.IV 1938 r. Chory zgłosił się do kontroli. Przepuklina nie została operowana. Podaje, że dopiero w 4 tygodnie po operacji worek wypełnił się jelitami. Stan ogólny bardzo dobry.

Skręty sieci, jak podają *Cegłowski* (2) i *Hipp* (3) należą do wielkiej rzadkości, ostatnio jednak w piśmiennictwie coraz częściej notowane są podobne przypadki, co zdaje się przemawiać za niedokładnością dawnych statystyk. Pierwszy przypadek skrętu sieci opisał *Marchette* w r. 1851, następny ogłasza w r. 1882 *Oberst*. W 1897 r. *Rudolf* zebrał już 24 przypadki, w 1899 r. *Bar̨ącz* ze Lwowa przedstawił na posiedzeniu preparat skręconej sieci, w r. 1905 *Vick* ogłosił statystykę 29 przypadków, w r. 1907 *Lejars* — 66 przypadków, największą zaś statystykę w tym okresie ogłosił *Hodela* z Wrocławia, mianowicie 92 przypadki, w tym jeden własny.

Skręty sieci występują przeważnie u dorosłych między 30. — 40. rokiem życia (zwłaszcza u otyłych mężczyzn), natomiast u dzieci stanowią znikomy odsetek (3).

Skręty sieci wielkiej można podzielić na dwie zasadnicze grupy:

G r u p a I. Skręty związane w jakikolwiek sposób ze współistniejącą przepukliną. Będą to: 1) skręty w przepuklinach (w worku przepuklinowym lub szyjce przepukliny); 2) skręty w wolnej jamie brzusznej (w związku z odprowadzaniem przepukliny); 3) skręty w worku przepuklinowym i jamie brzusznej jednocześnie (5).

G r u p a II. Skręty w wolnej jamie brzusznej bez widocznej przyczyny.

Grupa I obejmuje przytłaczającą większość przypadków, według *Wojciechowskiego* 90%; tym samym na grupę drugą przypada zaledwie 10%. *Mac Whorter* w

r. 1892 zebrał z piśmiennictwa 24 przypadki prawdziwego śródbrzusznego skrętu sieci, a *P. Leauf* w r. 1932 — 53 przypadki (3).

Poglądy autorów na mechanizm powstawania skrętu sieci i innych narządów nie są jednolite. Zagadnienie to w dostosowaniu do skrętu sieci możnaby uprościć przez schematyczne ustalenie czynników usposabiających (podłoża) i wywołujących. W przenośni moglibyśmy czynniki te określić jako s k ł a d o w e a n a t o m i c z n e i s k ł a d o w e f i z j o l o g i c z n o - m e c h a n i c z n e. Skręt sieci w tym ujęciu byłby wypadkową tych składowych.

S k ł a d o w e a n a t o m i c z n e stanowią przepukliny oraz zmiany sieci.

1. P r z e p u k l i n y są najczęściej w tych przypadkach głównym ogniwem w łańcuchu zjawisk i przeobrażeń, doprowadzających w ostatecznym wyniku do skrętu sieci. Przepukliny bowiem odgrywają przy tym podwójną rolę: a) czynnika nadrzędnego w znaczeniu jednej z głównych przyczyn powstawania guzów sieci i b) czynnika równorzędnego z guzami sieci w znaczeniu momentu usposabiającego do powstawania skrętu.

2. Z m i a n y s i e c i odgrywają w jej skrętach wielką rolę, zupełnie prawidłowa bowiem, wiotka i cienka sieć ulega skrętowi tylko wyjątkowo (5).

Skrętowi ulega zazwyczaj sieć: 1) bliznowato zmieniona (w obecności przepukliny); 2) nadmiernie otłuszczona; 3) mieszcząca w swym dolnym odcinku guz (5).

Koniecznym warunkiem powstania skrętu sieci jest ponadto wytworzenie się szypuły, do około osi której skręt się odbywa (*Payr, Rudolf* i inni) (2).

Każdy chirurg widuje niemal codzień w worku przepuklinowym odcinki sieci, które wskutek podrażnień urazowych lub zapalnych ulegać mogą w ostatecznym wyniku, po okresach przekrwienia i obrzęku, przerostowi tłuszczowemu lub przemianie łączno-tkankowej i bliznowaceniu. Zmieniony odcinek może się zlepiać i zrastać z workiem, dając sieci drugi punkt zaczepienia, albo też powstały na tym tle guz sieci, przypadkowo czy umyślnie odprowadzony do brzucha, stanowi w dole fartucha sieciowego rodzaj balastu, wywierającego swoim ciężarem znaczny wpływ na statykę pozostałego odcinka sieci.

Nadmierne stłuszczenie sieci nie należy do rzadkości; sieć taka może osiągać wagę wielokrotnie większą od normalnej i oczywiście może powodować swą wagą pewne zaburzenia czynnościowe oraz jest szczególnie narażona na skręt *(Wojciechowski)*. To samo oczywiście dotyczy guzów sieci powstałych na innej drodze, a więc stanów zapalnych sieci, powodujących przerost tłuszczowy pewnego ograniczonego jej odcinka. O guzach tego rodzaju pamiętać należy, zwłaszcza w przypadkach skrętów w wolnej jamie brzusznej bez obecności przepuklin lub bez innej wyraźnej przyczyny.

Jak wynika ze spostrzeżeń klinicznych skrętu sieci, w ogromnej większości przypadków spotykamy zespół polegający na współistnieniu przepuklin, a z wymienionych zmian sieci — przede wszystkim guzów. Według danych zebranych przez *Błażka*, na 90 przypadków guza sieci 79 razy znaleziono również i przepuklinę. Przeciwnie zaś, stykając się z przepuklinami na stole operacyjnym lub sekcyjnym, stwierdzamy często w zawartych w worku przepuklinowym odcinkach sieci początki zmian guzowatych. *Błażek* rozróżnia trzy grupy guzowatych zmian sieci: 1) z m i a n y g u z o w a t e s i e c i o c h a r a k t e r z e z a p a l n o - w y t w ó r c z y m, występujące pod wpływem rozmaitych urazów, na które zawartość przepukliny stale jest wystawiona, zwłaszcza podczas zstępowania do wor-

ka i odprowadzania; 2) guzy zapalne sieci towarzyszące ostrym i przewlekłym, nieswoistym i swoistym zapaleniom narządów brzusznych oraz ich guzom złośliwym; 3) guzy pooperacyjne sieci, t. zw. guzy Brauna, powstające w następstwie podwiązania jedwabiem większych odcinków sieci.

Składowe fizjologiczno-mechaniczne: Czynnikami wywołującymi skręt sieci w worku przepuklinowym mogą być ruchy robaczkowe jelit, ruchy obrotowe ciała, zwłaszcza rytmiczne lub nagłe (szybkie powstanie z pozycji leżącej, przy ustaleniu jednego bieguna sieci), wreszcie przesuwanie się guza przez kanał przepuklinowy, przy czym guz musi dostosować się w swych ruchach do ścian kanału, co stanowi podobieństwo do ruchów obrotowych płodu, zależnych od budowy dróg rodnych *(Henrichsen* (3), *Wojciechowski, Błażek, Zaorski).*

Te same czynniki mogą się przyczyniać do powstawania skrętu sieci w wolnej jamie brzusznej w związku z przepuklinami po ich odprowadzeniu, w przypadkach wytwarzania się guza sieci, wiszącego na górnym odcinku, jak na szypule *(Morris* 3). Należy podkreślić, że chorzy, odprowadzając zawartość przepukliny do brzucha, stosują przy tym przede wszystkim ruchy obrotowe *(Błażek, Zaorski).* Skręty sieci mogą być jedno- i dwubiegunowe (przypadek *Zaorskiego).*

Składowe fizjologiczno - mechaniczne skrętu sieci w wolnej jamie brzusznej bez związku z przepukliną trudne są do uchwycenia. Celem wytłumaczenia zjawisk sięgać by tu można, poza wymienionymi wyżej składowymi, do teorii *Sellheima* [1]) i *Payra* [2]), wiedząc zresztą, że nie wyjaśniają one całkowicie sprawy.

Niekiedy sieć może się okręcić do około zrostu rozpiętego w jamie brzusznej. Zdarzają się również przypadki skrętu całej sieci *(omentovolvulus, Lefebvre* 3).

Rozpoznanie skrętu sieci, zdaniem *Błażka,* jest bardzo trudne, o ile zaś nie znajdujemy przepukliny — wręcz niemożliwe; w tych przypadkach regułą jest rozpoznanie błędne. Jedynie chirurg dokładnie obeznany z tym cierpieniem lub ten, któremu zdarza się po raz drugi podobny przypadek, przypomni sobie możliwość jego istnienia. *Błażek* na zasadzie dostępnych mu prac podaje, że dotychczas (1927 r.) postawiono przed operacją właściwe rozpoznanie trzy razy *(Rudolf, Lejars, Cernezzi),* w trzech innych przypadkach tylko przypuszczano istnienie skrętu. Trudności wynikają z tego powodu, że obraz chorobowy przypomina często inne, ostre lub podostre schorzenia narządów brzusznych. Rozpoznawano wtedy zazwyczaj ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, ropień brzuszny, gruźlicę kątnicy itd. W trzech przypadkach skrętu sieci rozpoznano ostrą niedrożność *(Gatellier* i *Maximin* (3).

Cegłowski (1912 r.) podał następujące zestawienie błędnych rozpoznań:

1) w jednym przypadku rozpoznano wgłobienie kiszek *(Schade);*
2) w jednym przypadku — zapalenie sieci (epiploitis) *(Vignard);*
3) w jednym przypadku — zamknięcie światła kiszek *(Tuffier);*
4) w jednym przypadku — gruźlicę kiszki ślepej *(Simon);*

[1]) Teoria *Sellheima,* dotycząca przede wszystkim skrętu torbieli jajnika, mówi, że każdy człowiek wykonywa pewnego rodzaju ruchy częściej, częste zaś powtarzanie jednakowych ruchów doprowadza z czasem do skrętu.

[2]) Według teorii *Payra,* popartej doświadczeniami fizycznymi i na zwierzętach, skręt powstaje skutkiem zwiększonego ciśnienia w żyłach szypuły, które się wydłużają i zawijają do około tętnicy.

5) w jednym przypadku — uwięźniętą przepuklinę + zapalenie wyrostka robaczkowego;
6) w jednym przypadku — odprowadzenie masowe *(Potherat)*;
7) w jednym przypadku — uwięźnięcie jądra *(Pretsch)*;
8) 8 razy — nie dającą się odprowadzić przepuklinę;
9) 19 razy — uwięźnięcie przepukliny;
10) 24 razy — zapalenie wyrostka robaczkowego;
11) 31 razy nie postawiono rozpoznania.

Tylko w 5 przypadkach rozpoznanie poprzedziło operację.

Wywiady zwracają uwagę na dość ostro przebiegające schorzenie w obrębie brzucha. Początkowe objawy są nagłe, ale nie bardzo burzliwe i niepokojące. Chorzy podają że mają nudności, wymiotów zaś brak lub czasem są nieduże. Lekkie wzdęcie brzucha. Stolce zaparte, wiatry odchodzą niezupełnie. Bóle żywe, niestałe, raczej napadowe, początkowo w okolicy przyczepu sieci. Często wrażenie ciała obcego w brzuchu. *Bohrer* (3) podaje jako ważny objaw wzmaganie się bólów przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą.

P r z e d m i o t o w o stwierdzamy ciepłotę prawidłową w okresach początkowych, później podwyższoną do 38° lub nieco wyżej. Ciepłota w przypadku *Zaorskiego* pod pachą 36,8°, w odbytnicy 38°, w przypadku *Hippa* pod pachą 38°, w odbytnicy 38,5°, w przypadkach *Błażka* 37,2°, *Wertheima* 37,5°, w naszym 37,8°, *Hodeli* 38,3°. Tętno odpowiada wysokości ciepłoty.

Leukocytoza (niewiele spostrzeżeń) w przypadku *Hodeli* 8000, *Wertheima* 10.800, w przypadkach przytaczanych przez *Błażka* była dwukrotnie prawidłowa, w trzech innych przypadkach — 12,000, 17,000 i 19,000, w przypadku własnym *Błażka* 14,000, w naszym przypadku 16,500.

O b j a w y m i e j s c o w e: Niekiedy ograniczenie ruchomości powłok brzusznych podczas oddychania. Mięśnie brzuszne napięte, umiejscowiony opór, bolesność i objaw Blumberga. Skręconą sieć można wyczuć już w początkach choroby jako twardy, bolesny guz, o ile nie przeszkadza temu duże wzdęcie brzucha oraz grubość i napięcie powłok. Na ogół wyczuwa się opór o niewyraźnych, gubiących się granicach, bardziej ruchomy niż naciek (zwłaszcza na boki) i w większości przypadków łączący się za pomocą pasma z guzem przepukliny *(Lejars)*. Odgłos opukowy nad guzem stłumiony. Guz leży częściej po prawej stronie brzucha, co utrudnia rozpoznanie, dając objawy ostrego lub podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Na ogół zatem mamy objawy ostrego, jednak niezbyt gwałtownego zapalenia otrzewnej.

Obecność przepukliny ułatwia rozpoznanie. Sieć skręcona w worku przepuklinowym daje co prawda objawy mniej ostre, ale podobne do uwięźnięcia przepukliny albo uwięźnięcia lub skręcenia w worku innych tworów. Niekiedy sieć przyrośnięta do worka przepuklinowego skręcając się skraca i wciąga do brzucha worek przepuklinowy (przypadek *Payra*), w ktorym występują jednocześnie objawy ostrego zapalenia otrzewnej (1). W przypadku *Wertheima* i naszym wynicowanie worka nastąpiło bez wyraźnego przyrośnięcia (w naszym przypadku nie samoistnie zresztą, lecz podczas operacji).

W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić: skręt jajnika, torbieli, jądra zatrzymanego w jamie brzusznej, powrózka nasiennego lub trzonu krezki, wewnę-

trzną przepuklinę uwięźniętą, podostre zapalenie trzustki, przebicie wrzodu, niedrożność, pierwotne mięsaki sieci (bardzo rzadko występujące), torbiele skórzaste, chłoniaki torbielowate, bąblowca i najczęściej — zapalenie wyrostka robaczkowego (3). Według *Wojciechowskiego* objawy skrętu sieci są bardzo podobne do objawów skrętu torbieli jajnika i burzliwość ich stoi w prostym związku ze stopniem skrętu: im bardziej są skręcone naczynia w szypule, tym cięższe są objawy brzuszne.

Jako następstwa skrętu sieci podaje *Hipp:* 1) zapalenie otrzewnej, 2) zakrzepy i zatory w zakresie krezek jelita cienkiego i grubego a w ich następstwie 3) krwawienie z jelit i nawet 4) ich martwicę. Następstwa skrętu zależne są od stopnia skręcenia i od czasu, który upłynął. *Trenkler* (1, 2) spostrzegał trzykrotne skręcenie sieci, które nie dało żadnych objawów ani zmian chorobowych. W przypadku *Błażka* szypuła skręcona była 4½ razy, *Hippa* — 6 razy, w naszym — 6 razy, *Vicka* (2) — 7 razy. Wyraźne zmiany w sieci i jej otoczeniu występują dopiero wtedy, gdy żyły ulegną zaciśnięciu, dając obraz przekrwienia zastoinowego. Żyły są wtedy przepełnione krwią i częściowo zaczopowane. Krwinki przenikają przez ściany naczyń i zabarwiają miąższ sieci. Powierzchnia sieci pokrywa się nalotami włóknika, a w jamie brzusznej zbiera się płyn surowiczo - krwawy. W okolicznych tkankach występują drobne wybroczyny. W długotrwałym przebiegu sprawy chorobowej sieć traci osłonkę śródbłonkową, zrasta się ze ścianą brzuszną albo z jelitem i otrzymuje odżywienie nowymi drogami. W przypadkach gdy zrost nie następuje, sieć obumiera i powstają liczne drobne ropnie albo jeden wielki ropień, wypełniony cuchnącą ropą czekoladowej barwy (1).

Skubiszewski podał następujący opis zmian histologicznych w przypadku *Błażka:* „w preparatach drobnowidzowych widzimy budowę tkanki tłuszczowej, to jest siatkę składającą się z szeregu oczek. Pomiędzy oczkami przebiegają naczynia włosowate, wypełnione czerwonymi ciałkami krwi. W wielu miejscach naczynia włosowate są poprzerywane, a tkanka tłuszczowa wypełniona czerwonymi krwinkami. Na znacznej przestrzeni widzimy duże ogniska krwotoczne. Czerwone ciałka krwi nie wykazują zmian. W niektórych miejscach w około większych naczyń widać pojedyńcze limfocyty i komórki plazmatyczne". Na podstawie tego obrazu rozpoznano *haemorrhagia omenti*. Badanie bakteriologiczne wykazało jałowość tego preparatu.

L e c z e n i e zachowawcze jest bezskuteczne, gdyż nie chroni przed ropnym zapaleniem otrzewnej i zejściem śmiertelnym. Bezwzględnie wskazane jest leczenie operacyjne, polegające na niezwłocznym otworzeniu brzucha i wycięciu skręconej sieci w jej zdrowym, niezmienionym odcinku. Należy przy tym pamiętać, że podstawa sieci leży na większej krzywiźnie żołądka, do okrężnicy zaś, względnie jej krezki, sieć jest tylko przylepiona (5). Szczegół ten jest dlatego ważny, że sieć skręcać się może, jak w naszym przypadku, przy okrężnicy.

Podwiązywanie szypuły lub nakładanie masowych podwiązek na sieć jest niedopuszczalne, gdyż nawet przy wielkiej ostrożności zdarzają się po tej operacji powikłania w postaci objawów zakrzepowych w naczyniach sieci, a niekiedy i żołądka (wymioty krwawe — 7).

Należy podwiązywać sieć małymi odcinkami i używać jako podwiązek tylko struny, aby zapobiec powstawaniu guzów Brauna (1). Odkręcanie sieci nie jest za-

lecane, a nawet uważane przez niektórych za błąd, gdyż jest niebezpieczne. W następstwie bowiem odkręcania mogą zostać uruchomione zakrzepy, dając krwawienia i drobne owrzodzenia w żołądku oraz zatory w wątrobie. Samo tylko odkręcenie nie chroni zresztą od nawrotu.

R o k o w a n i e w przypadkach wcześnie operowanych jest dobre. Notowano tylko bardzo nieliczne przypadki zejścia śmiertelnego po operacji i to w następstwie nie dość doszczętnego lub nie zupełnie prawidłowo przeprowadzonego zabiegu (3 przypadki śmierci na 94 operowanych — *Błażek).*

W nawiązaniu do naszego przypadku chcielibyśmy zastanowić się głównie nad dwoma schorzeniami, które przede wszystkim zaprzątały myśl naszą i, jak się okazało, w dużym stopniu słusznie. Chodzi o ostre zapalenie wyrostka robaczkowego oraz uwięźnięcie przepukliny pachwinowo-mosznowej, gdyż na pierwszy rzut oka robiło wrażenie, że mamy do czynienia z jednym i drugim.

W wywiadach, jeśli chodzi o ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, poza pewną liczbą objawów z a mamy kilka p r z e c i w. Są to: prawidłowa niemal do ostatniej chwili ciepłota, brak wymiotów, normalne oddawanie wiatrów i częściowo stolca. Jeśli chodzi o badanie przedmiotowe, to tu jeszcze śmielej moglibyśmy się przychylić na korzyść ostrego zapalenia wyrostka, choć znów zastanawia nas — przy obłożonym, suchym języku, objawach otrzewnowych i wysokiej leukocytozie — niewysoka ciepłota i stosunkowo wolne tętno. W wywiadach nie mamy również, poza bólem, zasadniczych objawów uwięźnięcia przepukliny w zwykłym zrozumieniu, to znaczy uwięźnięcia jelita. Badanie przedmiotowe natomiast każe tę sprawę wysunąć na pierwszy plan: biorąc pod uwagę znaczną zbitość, bryłowaty kształt i wielkość uwięźniętego guza i przypominając jeszcze raz z wywiadów brak wymiotów oraz prawidłowe oddawanie wiatrów i stolca, nasuwa się myśl, że u mężczyzny będzie to najprawdopodobniej sieć [3]). Uwięźnięcie wolnej do niedawna sieci łącznie z częstym jej odprowadzaniem kojarzy się z możliwością skrętu sieci, z następowym zaciśnięciem szypuły, zastojem żylnym, obrzękiem i uwięźnięciem obrzękłego odcinka. Nagły napad niesłychanie silnych bólów, który złożył chorego, był objawem towarzyszącym ostatniemu skręceniu, zaciskającemu zupełnie naczynia. Taki przebieg zjawisk mógłby wyraźniej tłumaczyć objawy brzuszne u chorego i wypełnić luki, powstające przy wyłączeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rozpatrując rozwój sprawy a b o v o, możnaby sobie wyobrazić, że zanim schorzenie doszło do spostrzeganego przez nas okresu rozwoju, postępować mogło dwoma torami:

T o r p i e r w s z y: 1) wędrówka sieci do okolicy wyrostka robaczkowego, przebywającego wówczas niewątpliwie stan zapalny (w wywiadach brak danych, ale obraz wyrostka in situ nie nasuwał pod tym względem zastrzeżeń); 2) odcinek sieci, przebywając sprawę zapalną, guzowato grubieje; 3) duży guz sieci, który pozostał mimo pewnych przemian po zlikwidowaniu sprawy zapalnej, opada siłą cięż-

[3]) Niedawno operowałem kobietę z uwięźnięciem w worku przepukliny udowej bardzo dużego przyczepka sieciowego esicy. Ze względu na zbitość i jajowaty kształt uwięźniętego tworu stawialiśmy w różniczkowaniu na pierwszym miejscu jajnik, na drugim — sieć. Fakt ten nasuwa mi się mimowoli na myśl jako sprawa chorobowa, którą właściwie należałoby u w z g l ę d n i ć w r ó ż n i c z k o w a n i u r ó w n i e ż i w o p i s a n y m p r z y p a d k u.

kości ku dołowi w pozycji stojącej chorego; rozciągając, a może i rozrywając częściowo sieć u podstawy podczas gwałtowniejszych ruchów chorego, opuszcza się do najniższego w danym przypadku uchyłka jamy brzusznej, to znaczy do worka prawostronnej wrodzonej przepukliny; jednocześnie okolica przyczepu prawej połowy sieci przekształca się w coraz cieńszą szypułę; 4) częste odprowadzanie sieci z worka przepuklinowego do brzucha przez chorego mogło wpłynąć na skręcanie się szypuły w jednym kierunku; duża masa skręcanej stale przez długi czas sieci nie pozwalała w następstwie na samoistne odkręcenie; guz mógł ulegać jednocześnie dalszemu odczynowemu powiększaniu; 5) w ciągu ostatnich dni, w następstwie coraz większego skręcania i wtórnego przekrwienia biernego, powstał obrzęk zastoinowy całej prawej połowy sieci z towarzyszącymi bólami brzucha; w następstwie obrzęku sieci doszło do uwięźnięcia odcinka zawartego w worku przepuklinowym, co wzmogło miejscowo i tak już ciężkie objawy; jednocześnie zaczął gromadzić się w jamie otrzewnowej płyn, pochodzący z zastoinowo obrzękłej sieci; 6) zejściem ostatecznym byłaby martwica sieci z objawami otrzewnowymi i wysoką leukocytozą oraz dołączającymi się prędzej lub później — wskutek zakażenia mas martwicowych i następowych powikłań — dalszymi ciężkimi objawami miejscowymi i ogólnymi.

T o r d r u g i rozwoju różniłby się tylko początkiem i polegać by mógł na tym, że: 1) do worka przepuklinowego zstąpiła sieć pierwotnie niezmieniona; 2) odcinek sieci zawarty w worku przepuklinowym, wskutek urazów guzowato zgrubiał. Dalszy przebieg jak dla toru pierwszego.

Możnaby sobie wyobrazić, że guzowaty odcinek sieci zawarty w worku przepuklinowym stanowił jakby drugi — co prawda bardziej ruchomy — punkt zaczepienia sieci, co znów łącznie z wieloletnim odprowadzaniem może dać wytłumaczenie skrętu według podobnego mechanizmu, jak w przypadku *Zaorskiego*. Obwodowy koniec sieci w tym przypadku przyrośnięty był do worka przepuklinowego, zawierającego jelita. Chory odprowadzając w ciągu wielu lat jelita, skręcał sieć w jednym kierunku, aż doprowadził do zupełnego skrętu i martwicy. W naszym przypadku skręcanie odbywało się łatwiej z tego powodu, że dolny odcinek tkwił przeważnie w worku przepuklinowym i to z pewnym oporem, stanowiąc zatem istotnie jakby drugi punkt zaczepienia czy też oparcia dla osi, do okoła której skręt się odbywał.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) *Błażek L.:* Przypadek skrętu sieci większej. Pol. Przegl. Chir. T. VI, zesz. 1, 1927, 2) *Cegłowski B.:* Zawęźlenie sieci dużej P. C. G. VI, 329, 1912, 3) *Hipp F.:* Przypadek skrętu sieci u dziecka w wolnej jamie brzusznej. Pol. Przegl. Chir. T. XV, zesz. II, 1936, 4) *Lewenstern:* Przypadek niezwykłego zwyrodnienia sieci w worku przepuklinowym. Pam. Klin. Szpit. Dziec. Jezus, II, 64 — 1918, 5) *Wojciechowski A.:* Sieć. Podręcznik chirurgii, tom I, 1937, 6) *Zaorski J.:* Skręt sieci. Medycyna, Nr 33 — 34, 1928, 7) *Wertheim A.:* Przypadek niezwykłego guza jamy brzusznej. Chir. Pol. Nr 1, 1938 r.

Przypadek *P. Hornickiego* (Chir. Pol. Nr 9, 1938) nie został uwzględniony w tekście pracy, gdyż oba artykuły wpłynęły do redakcji jednocześnie i zostały zamieszczone w kolejności zgłoszenia (przypisek redakcji).

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala SS. Elżbietanek w Warszawie.
Ordynator: *Doc. Dr Jan Zaorski.*

NIETYPOWY ZABIEG W PRZYPADKU WGŁOBIENIA JELIT NA TLE NOWOTWOROWYM

podał

Jan Raczyński.

Różne są przyczyny niedrożności jelit (skręty, zagięcia, zadzierzgnięcia, wgłobienia, zatkanie światła jelita i t. d.), jak również różny stopień szybkości w występowaniu i narastaniu objawów. Praktycznie, stykając się z klasycznymi objawami niedrożności: odbijaniami, wymiotami, wzdęciem brzucha, stawianiem się jelit, nieodchodzeniem stolców i wiatrów, nieraz od razu możemy określić miejsce gdzie ta niedrożność się znajduje, co wpływa decydująco na podjęcie natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Dodatkowe badania, o ile stan chorego na nie pozwala, poza sprecyzowaniem umiejscowienia, mogą wyjaśnić i przyczynę wywołującą schorzenie.

Wobec osób dorosłych rzadziej się myśli o wgłobieniach jako przyczynie niedrożności — raczej wchodzą w grę przegięcia, zagięcia jelit na tle zrostów, nowotworów, ewentualnie gruźlicy. Wgłobienia natomiast spostrzegamy częściej w wieku dziecięcym, i to w pierwszych latach życia. Wówczas wobec objawów niedrożności, połączonych z krwawymi wypróżnieniami, najczęściej rozpoznajemy wgłobienie. Zresztą *Ombrédanne* określa dość charakterystycznie i krótko to cierpienie, mówiąc, że wiek dziecięcy plus objawy niedrożności i krew w stolcu, dają rozpoznanie wgłobienia.

Z rozpoznaniem tym u dorosłych jest nieco trudniej, gdyż krwawienie może mieć inne źródła, a objawy niedrożności nie zawsze będą nasuwały przypuszczenie wgłobienia, chyba że stan wysklepienia powłok pozwoli wyczuć twór walcowaty i charakterystyczne fale ruchu robaczkowego, dochodzące do miejsca wgłobionego.

Wgłobienie dotyczy zwykle jednego miejsca na przebiegu jelit: rzadko natomiast występuje równocześnie w kilku odcinkach przewodu pokarmowego. Z takim właśnie przypadkiem mieliśmy do czynienia.

Dnia 13.XII 35 r. przywieziono do szpitala SS. Elżbietanek chorego G. B., lat 50, z powodu silnych bólów brzucha o charakterze skurczowym; bólom towarzyszyły wymioty żółcią i odbijania, przy braku od dwóch dni stolca i wiatrów. Z wywiadów, które chory udzielał skąpo i ogólnikowo, dowiedzieliśmy się, że chory od 17 lat cierpi na „żołądek”: miewał częste bóle, odbijania. Pora dnia, jakość i czas przyjmowania pokarmów nie wpływały na powstawanie i natężenie bólów. Gdy bóle dokuczały bardzo, chory leczył się i przestrzegał udzielanych rad; gdy jednak czuł się lepiej, odstawiał leki, nie przestrzegał diety. Ostatnio od miesiąca bóle powróciły, są częstsze. Stolce zaparte, nieraz czarne jak smoła. Oddawanie moczu prawidłowe.

Chory skierowany z rozpoznaniem choroby wrzodowej dwunastnicy.

P r z e d m i o t o w o: stan ogólny ciężki, wyraz twarzy cierpiący; oczy zapadnięte, rysy zaostrzone. Od czasu do czasu odbijania puste i wymioty żółcią. Odżywienie podupadłe; skóra barwy prawidłowej, nieco bladawa, wilgotna, elastyczna; śluzówki blado-różowe. Język obłożony, podsychający: oddech cuchnący, o woni kałowej.

Granice serca prawidłowe, tony głuchawe. Tętno średnio napięte i wypełnione, miarowe, 100/min. W płucach poza zaostrzeniem oddechu nic szczególnego nie stwierdza się.

J a m a b r z u s z n a: Brzuch miernie wzdęty, bolesny na ucisk, szczególnie śród- i podbrzusze. W okolicy kątnicy i nieco bliżej linii środkowej ciała słabo zaznaczone stawianie się jelit. Od czasu do czasu zarysowuje się w tejże

okolicy wygórowanie w postaci dwóch równolegle przebiegających i leżących obok siebie walców. Guzów i oporów nie wyczuwa się. Chory na każde dotknięcie ręki odpowiada silnym napinaniem powłok, jęczy z bólu. Wątroba i śledziona nie bolesne, nie macalne. Stłumienie wątrobowe zachowane. Objaw Goldflama obustronnie ujemny.

B a d a n i e m o c z u: ślad białka, urobilinogen dodatni (+ +), w osadzie leukocyty 1—2 w polu widzenia, kilka nabłonków płaskich, do czterech wałeczków ziarnistych w preparacie, pozostałe dane w zakresie normy. Ilość białych ciałek krwi — 20.000.

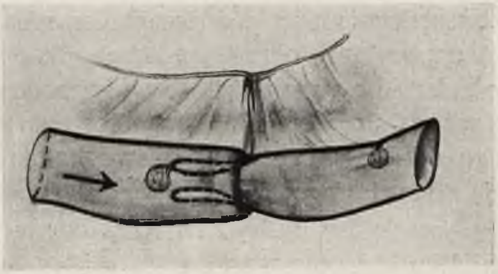
Rozpoznanie postawione po zbadaniu chorego brzmiało: *ostra niedrożność jelit.*

Chodziło teraz o rozstrzygnięcie, co wywołało tę niedrożność i gdzie ona się znajduje, oraz czy cierpienie obecne wiąże się z poprzednio przebytymi sprawami chorobowymi, czy też jest wywołane przez inne przyczyny? Narada odbyta z internistami, jak również i dalsze nasze rozważania, kazały przypuszczać, że do dawnych spraw chorobowych ze strony dwunastnicy dołączyło się nowe schorzenie, pociągające za sobą zamknięcie światła jelita. Braliśmy pod uwagę uwięźnięty kamień żółciowy, wgłobienie, przegięcie, ewentualnie uwięźnięty guz nowotworowy.

Ostatecznie ustaliliśmy rozpoznanie: *ostra niedrożność jelit,* wymagająca natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Po zakomunikowaniu rodzinie chorego tego rozpoznania, uzyskaliśmy zgodę na natychmiastowy zabieg.

Z a b i e g o p e r a c y j n y wykonano w uśpieniu eterowym *(doc. Zaorski).* Cięcie skórne wzdłuż wewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzucha (Lenander prawy). Po otwarciu otrzewnej stwierdzono obecność dużej ilości surowiczego płynu. Po usunięciu go za pomocą pompy ssącej, przystąpiono do obejrzenia jelit cienkich, które były przekrwione, błyszczące i rozdęte. Po ostrożnym wyłonieniu na zewnątrz najbliższej pętli jelita czczego, stwierdzono w jednym jego miejscu wgłobienie, które bardzo łatwo dało się usunąć pociąganiem za odcinek przyśrodkowy. Kiedy po odgłobieniu obserwowano ten odcinek jelita, zauważono, że natychmiast po puszczeniu go z palców, wgłobienie formowało się na nowo. Oglądając bliżej to miejsce po odprowadzeniu wgłobienia, stwierdziliśmy na surowicówce w miejscu uprzednio wgłobionym, bliznowate wciągnięcie; obmacując zaś to miejsce można było wyczuć twór wielkości wiśni, twardy, nieruchomy (rys. 1).

Przeglądając dalsze odcinki jelita cienkiego stwierdzono o 20 cm obwodowo od opisanego miejsca mniejszy twór o charakterze podobnym do pierwszego. I ten twór miał dążność do więźnięcia, tak samo jak i dalsze, których naliczono 4. Pierwszy twór był największy i dawał kompletne zamknięcie światła, wobec tego — nie mogąc usunąć wszystkich guzków rozsia-

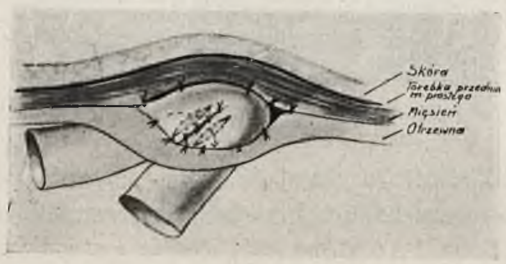


Rys. 1.

nych prawie na całym przebiegu jelit cienkich — postanowiono usunąć niedrożność przynajmniej w tym miejscu. Zachodziła obawa, wobec bardzo znacznego rozdęcia jelit, że szwy zespolenia nie będą trwałe i bezpieczne. Dlatego postanowiono nie wpuszczać tej części jelita wolno do jamy brzusznej, ale umieścić ją tak, by nawet po ewentualnym puszczeniu szwów nie mogło dojść do zakażenia otrzewnej, a przy tym by drożność nie została upośledzona. W tym celu założono zespolenie jelita z jelitem tak, aby wyłączyć miejsce w którym znajdował się guzek. Podczas wykonywania zespolenia wydobyto wyczuwany w tym miejscu guzowaty twór, który, jak się okazało, wychodził ze śluzówki jelita; guzek ten, umocowany na krótkiej nóżce i przypominający swym wyglądem

polip, był barwy szaro - białej, twardy, okrągły, wielkości wiśni. Po założeniu szwu kapciuchowego na wynicowaną przez otwór zespolenia śluzówkę jelita, guzek usunięto. Celem wzmocnienia w tym miejscu ściany jelita od zewnątrz, dodano na surowicówce w miejscu odpowiadającym guzkowi szew węzełkowy jedwabny.

Obawiając się, że zespolenie nie będzie zbyt mocne (w czasie szycia surowicówka rozdętej pętli łatwo pękała i rwała się), miejsce zespolone obszyto poniżej otrzewną ścienną, wyłaniając je poza jamę brzuszną. Pozostały otwór otrzewnej zamknięto szwami węzełkowymi. Mięśnia prostego nie odprowadzono z powrotem do



Rys. 2.

torebki. Tylnej części torebki nie szyto, natomiast nałożono kilka szwów strunowych na torebkę przednią. Na skórę szwy silkowe, klamerki (rys. 2).

Innych wyczuwanych guzków nie usunięto, gdyż były one o wiele mniejsze i nie zwężały światła jelita. Liczono się zresztą z ciężkim stanem chorego i wobec tego dążono do jak najszybszego ukończenia zabiegu.

Po operacji wstrzyknięto choremu sól fizjologiczną podskórnie, a dożylnie 30 cm^3 20% glukozy. Co 2 godziny ol. camphorae na zmianę z kofeiną. Drugiego dnia po operacji gazy odchodzą dość obficie, są bardzo cuchnące; chory podniecony, oczy błyszczące, wzrok chwilami zamglony. Tętno 104/min, temp. 37,7°. Podano 10 cm^3 10% NaCl dożylnie, kroplówkę z glukozy, ol. camphorae, kofeinę. Piątego dnia po operacji dwa bardzo skąpe wyróżnienia — cuchnący szlam, sporo wiatrów.

Szóstego dnia stwierdzono wyciek z rany, wobec czego sprawdzono ranę. W dolnej ⅓ między klamrami widoczny niewielki otwór z którego wydziela się cuchnąca kałowa treść. Po obmyciu skóry i oczyszczeniu rany założono opatrunek aseptyczny. W godzinach wieczornych po małej lawatywie obfite wypróżnienie.

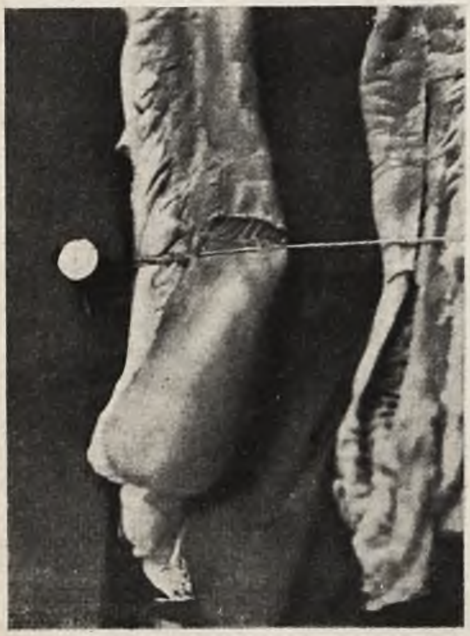
Siódmego dnia po operacji skargi na utrudniony oddech. Ciepłota ciała 38,2°. Osłuchowo drobno- i średnio - bańkowe rzężenia pod łopatkami. Zastosowano bańki, wstrzyknięto pneumoninę.

Następnego dnia wyraźne objawy osłabienia czynności serca, nie dające się poprawić środkami nasercowymi. Bóle brzucha, wzdęcie.

Dziewiątego dnia po zabiegu chory zmarł przy objawach osłabienia mięśnia sercowego.

Po śmierci poprzez ranę operacyjną wycięto jelita, chcąc zbadać ich stan; stwierdzono w nich liczne wgłobienia spowodowane przez guzki, wychodzące ze śluzówki jelit. Wgłobień było pięć, guzków różnej wielkości (od pestki wiśni do małej śliwki) — 12. Obraz jaki przedstawiały wycięte jelita ilustrują fotografie (rys. 3 i 4).

Wynik przeprowadzonego badania histopatologicznego *(dr Laskowski):* „Wycinki z guzków jelit oraz gruczołów limfatycznych wykazały utkanie nowotworu złośliwego. Różna budowa guzków, układ i wygląd komórek przemawia za nowotworem złośliwym, którego natury nie da się jednak bliżej określić. Fakt, że występują w nim różne, aczkolwiek formami przejściowymi powiązane komórki i że utkanie miejscami ma wygląd mezenchymalny, miejscami zaś raczej nabłonkowy, przemawia za tym, że mamy do czynienia



Rys. 3.



Rys. 4.

z guzem sui generis, i że punktem wyjścia dla niego mogły być tkanki posiadające zdolność wytwarzania różnorodnych komórek i układów (np. tkanka nerwowa i jej pokrewne, tkanka mięśniowa)".

Wgłobienia na przebiegu jelit cienkich zdarzają się rzadko. Zwykle powstają one na tle nowotworowym (tłuszczaki, mięśniaki, włókniaki, gruczolaki, polipy, raki i mięsaki[1]). *Hellström* podaje w piśmiennictwie z roku 1927 70 przypadków, *Schlachetzki* w 1931 — 38 przypadków. Statystyka operacyjna *Hellströma* wykazuje, że tylko w 3% wszystkich raków jelita stwierdzamy raka jelita cienkiego, sekcyjna zaś — nawet mniej, bo w 2,5% *(Nothnagel)*. W klinice *Mayo* procent ten wynosi 0,062%. *Schönbauer* stwierdził na 3062 przyp. raka jelit tylko 13 przypadków raka jelita cienkiego, a *Rankin* na 4597 przyp. raka jelita grubego — 55 raka jelita cienkiego. Raki jelita cienkiego częściej spotykamy u osobników do lat 40 *(Stämmler)*. Częstość występowania raków i mięsaków przedstawia stosunek jak 100 do 1 *(Nothnagel)*. *Portis* jest zdania, że w ⅓ przypadków mamy do czynienia z obrazem przerzutowym z otrzewnej, krezki itd.

W naszym przypadku mieliśmy do czynienia ze złośliwym nowotworem. Jakkolwiek badanie histopatologiczne nie wyjaśniło czy był to rak czy mięsak, to jednak mnogość tych guzów, różnorodność budowy, długi czas trwania (prawdopodobnie 17 lat), każą przypuszczać, że był to jednak pierwotny rak jelita cienkiego. Wiemy, że raki jelita cienkiego rozwijają się bardzo powoli, aż nagle dają raptowne objawy niedrożności przewodu pokarmowego. *Rankin* podaje, że czas wzrostu raka jelita cienkiego wynosi od dwóch miesięcy do 5 lat. Klinika *Mayo* oblicza przeciętnie 14 — 15 miesięcy. Mięsaki rozrastają się bardzo powoli, nie pociągają jednak za sobą zamknięcia światła jelita *(Stenery, Finsterer)*.

W naszym przypadku mieliśmy guzki niezbyt wielkie, największy odpowiadał małej śliwce. Co do ich charakteru, to opierając się na podstawie różnorodności budowy histopatologicznej, można rozpoznać pierwotnego raka, zgodnie ze zdaniem *Billrotha,* który taką właśnie budowę nowotworu uważa za podstawową cechę raka jelita cienkiego.

Równoczesność mnogich wgłobień, jaką stwierdziliśmy oglądając wycięte jelito, da się wytłumaczyć w ten sposób, że liczne guzki znajdujące się w jelitach, które nie powodowały całkowitego zamknięcia światła, wobec uwięźnięcia największego z nich i wzmożonego wskutek tego ruchu robaczkowego, wywołały powstanie dalszych wgłobień.

Wreszcie chcemy zwrócić uwagę na pewną odmianę w postępowaniu operacyjnym po założeniu zespolenia między pętlami jelit. Obawiając się nieszczelności zespolenia (kruchość ściany rozdętego jelita!), a tym samym wtórnego zakażenia otrzewnej, wyłoniono zespolone pętle ponad otrzewnę, umocowując tę ostatnią szwami węzełkowymi poniżej miejsca zespolenia i oddzielając je w ten sposób od jamy brzusznej.

Brak objawów zakażenia otrzewnej, mimo powstania przetoki kałowej, jak również pośmiertne stwierdzenie ścisłego odgraniczenia jamy brzusznej od przetoki, wykazuje w całej rozciągłości celowość naszego postępowania, podyktowanego z jednej strony dążeniem do zabezpieczenia drożności jelita, a z drugiej troską o uchronienie jamy brzusznej od zakażenia w razie nieszczelności szwów. Niestety, mimo to nie zdołano uratować chorego, jak to się udało *Matyasowi* (Cluj) w podobnym przypadku, opisanym w Zbl. f. Chirurgie, Nr 9/37.

Przypadek powyższy opisujemy ze względu na rzadkość schorzenia oraz na nietypowość zabiegu operacyjnego.

Z Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.
Dyrektor: *Doc. Dr R. Stankiewicz.*
Ordynator Oddz. Chir.: *Doc. Dr J. Zaorski.*

SYMPATHOBLASTOMA U DZIECKA

podał

Władysław Gruchalski.

Wśród chirurgicznych schorzeń dzieci nowotwory złośliwe należą do spraw rzadszych. Jakkolwiek utarło się zdanie, że nowotwory występują u ludzi starszych, to jednak stwierdzamy je także u dzieci, jako twory przeważnie wrodzone lub pochodzące z tkanek młodych. Charakter ich, w porównaniu do guzów występujących w wieku starszym, jest zawsze bardzo złośliwy, jeżeli nie ze względu na rodzaj, to ze względu na szybki, nieraz gwałtowny wzrost.

Z pośród guzów złośliwych spotykanych u dzieci najczęściej zdarzają się mięsaki. Drugie miejsce zajmują nowotwory wychodzące z układu nerwowego *(Rostkowski).* Te ostatnie w swej formie młodej, niedojrzałej, bardzo złośliwej, zdarzają się rzadko. Być może, że rzadkość tych guzów wynika wskutek nierozpoznawania ich na sekcji lub pod mikroskopem. *Bülbring* zebrała z piśmiennictwa do roku 1928 zaledwie 33 przypadki łącznie z własnym *(sympathoma embrionale);* przypadki te

dotyczyły dzieci do 6 lat. *Recklinghausen* podaje 28 przyp. sympathoblastoma z części rdzeniowej nadnercza. W Polsce kilka przypadków spostrzegano w Zakładzie Anat. Pat. U. J. P. *(J. Dąbrowska)* i 6 przypadków podał *J. Laskowski.*

Guzy młode, niedojrzałe, wychodzące z układu nerwowego, mają jako punkty wyjścia najczęściej nerki, siatkówkę, jądra *(Rostkowski).* Cechują się bardzo szybkim wzrostem oraz przerzutami drogą naczyń chłonnych i krwionośnych do gruczołów chłonnych, wątroby, nerek, płuc, kości (zwłaszcza czaszki) i śledziony *(Bülbring);* są one szczególnie wrażliwe na działanie promieni X *(Colville, Willis).*

Guzy wychodzące z układu nerwowego współczulnego można podzielić na guzy układu współczulnego i guzy układu chromochłonnego. Rozwój układu współczulnego i chromochłonnego, według *Polla,* jest zapoczątkowany z jednej wspólnej komórki przypominającej limfocyt, o jądrze okrągłym lub owalnym, obfitym w chromatynę i znikomej zarodzi. Czasami zaznaczone jest wytwarzanie się włókienek nerwowych. Komórkę tę *Poll* nazwał sympathogonium („mère du sympathique" — *Massona,* „Bildungzelle des Sympathikus" *Wiesela).* Z komórki macierzystej (sympathogonium) powstaje sympathoblast *(Poll),* komórka większa, o jądrze jasnym i dość obfitej zarodzi, oraz phaeochromoblast, komórka macierzysta układu chromochłonnego. Z sympathoblastu rozwija się w dalszym ciągu komórka zwojowa współczulna, a z phaeochromoblastu — komórka układu chromochłonnego, phaeochromocyt.

Schematycznie rozwój układu współczulnego (wg *Polla)* można tak przedstawić:

	sympathogonium	
sympathoblast		phaeochromoblast
komórka zwojowa współczulna		phaeochromocyt (kom. ukł. chromochłon.)

Nowotwory wychodzące z komórki macierzystej (sympathogonium) są nadzwyczaj rzadkie: zaledwie kilka podano w piśmiennictwie. Z układu chromochłonnego nie opisano dotąd żadnego guza nowotworowego.

Według *Massona* podział guzów układu współczulnego przedstawia się następująco:

I. Sympathomes embrionnaires:
   a) sympathome sympathogonique,
   b) sympathome sympathoblastique.
II. Ganglioneuromes.

Według *Fischera:*

I. Neuroblastoma simplex:
   a) sympathogonioma,
   b) sympathoblastoma.
II. Ganglioneuroma.

Zarówno sympathogonioma jak i sympathoblastoma cechują się wzrostem bardzo szybkim, naciekającym, konsystencją miękką, rozłażącą się, na przekroju obficie krwawią, dają przerzuty kończące się bardzo szybko zejściem śmiertelnym.

Na skrawkach mikroskopowych przedstawiają bezpostaciową masę zarodzi z jądrami układającymi się różyczkowato. Ten układ różyczkowaty jest bardzo charakterystyczny dla sympathogonioma i sympathoblastoma. Jądra mają wyraźny zrąb chromatynowy z jąderkiem umieszczonym bądź pośrodku, bądź na obwodzie. Więcej zróżnicowana sympathoblastoma wykazuje ponadto drobne włókienka nerwowe nagie i pojedyńcze komórki zwojowe współczulne. Substancji podłoża jest znikoma ilość lub nie ma jej wcale.

Klinicznie nowotwory układu współczulnego, mające punkt wyjścia z nerek dają

szereg charakterystycznych objawów: w 80% występuje krwiomocz, który cechuje się bezbolesnością, występowaniem bez powodu i zwiastunów, zmiennością co do nasilenia i najczęściej jednostronnością. Badaniem stwierdza się powiększenie objętości nerki wskutek obecności guza, oraz ból promieniujący bądź do klatki piersiowej, bądź do miednicy małej. Przy daleko rozwiniętych guzach powstaje rozszerzenie splotu nasiennego wskutek ucisku na naczynia oraz obrzęki kończyn dolnych. Dość często występują stany gorączkowe wskutek rozpadu guza i wsysania się produktów rozpadu.

Guzy te występują niemal wyłącznie u dzieci i są najczęściej wrodzone *(Perzyński* i *Manteuffel - Szoege* opisali wyjątkowy przypadek *sympathoma sympathogonicum* u 26-letniej kobiety). Mimo zabiegów chirurgicznych i naświetlań promieniami X dają niemal zawsze zejście niepomyślne. Według *Radiona* wyniki operacji u dzieci przedstawiają się następująco: 15% ginie bezpośrednio po zabiegu, 75% — wskutek nawrotów nowotworu, a zaledwie 10% zostaje wyleczone. Nic więc dziwnego, że większość chirurgów uchyla się od operacji, widząc jej złe wyniki.

W Warszawskim Szpitalu dla Dzieci mieliśmy możność spostrzegać dziewczynkę 3½-letnią, u której objawy kliniczne oraz badania laboratoryjne i radiologiczne nie mogły ściśle ustalić charakteru guza. Przypuszczenia nasze szły w kierunku nadnerczaka, mięsaka, bądź nowotworu nerwowego. Dopiero dokonany zabieg operacyjny i następowe badanie histopatologiczne dały rozpoznanie: *sympathoblastoma.*

Przytaczam przebieg choroby:

Dnia 26 lutego 1938 r. przybyła na oddział chirurgiczny Warsz. Szpit. dla Dzieci 3½-letnia Irena K., u której wywiady były następujące: W końcu grudnia 1937 r. rodzice zauważyli guz po lewej stronie brzucha tuż pod łukiem żebrowym. Guz ten stopniowo powiększał się i ostatnio doszedł do takiej wielkości, że wypychał łuk żebrowy ku górze i wypuklał powłoki brzuszne. Przed 10 tygodniami miał miejsce obfity krwiomocz, po czym stale utrzymywało się krwawe zabarwienie moczu. Ciepłotę ciała mierzono nieregularnie; wahała się ona okresowo od 37° do 39,5°. Apetyt ostatnio bardzo marny. Stolec codziennie, normalny. Krwi ani pasorzytów w kale nie stwierdzono. Chora trochę kaszle. Z chorób przebytych: przed 2½ laty odra, poza tym miała być zawsze zdrowa.

S t a n o b e c n y: Stan ogólny ciężki, wyniszczenie. Ciepłota ciała 36,8°. Waga ciała 10 kg 600 g. Budowa prawidłowa, odżywienie bardzo liche. Skóra blada, jędrna, bez wykwitów; śluzówki lekko różowe. Język wilgotny, czysty; nos drożny; gardziel czysta. Gruczoły chłonne małe, niebolesne. W płucach poza oddechem nieco zaostrzonym i drobnymi rozsianymi świstami i furczeniami brak zmian. Serce w granicach normy; tony serca czyste, miarowe. Tętno 120/min., regularne, średnio napięte i wypełnione.

B r z u c h: Z pod lewego łuku żebrowego wypukla się guz, wielkości 2-ch pięści dorosłego mężczyzny, sięgający poniżej pępka i przekraczający nieco linię środkową ciała. Łuk żebrowy lewy wypuklony. Ruchomości oddechowej guza brak. Powierzchnia guza nierówna; wymacuje się wyraźnie bruzdę poprzeczną, dzielącą guz na dwa piętra — górne mniejsze i większe piętro dolne. Bolesności brak. Wątroba nie powiększona. Wstrząśnięcie okolicy nerek nie bolesne. Kończyny bez zmian. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane.

B a d a n i e m o c z u: Barwa żółta, zmętnienie dość duże. Odczyn zasadowy. Ciężar wł. 1,020. Białko 1,6‰. Cukier, urobilina ujemne. Osad mierny; nieliczne nabłonki, leukocyty 1 — 2 w polu widzenia, erytrocyty 100 — 120 w polu widzenia, przeważnie świeże. Innych składników patolog. brak.

B a d a n i e k r w i: Białych ciałek — 6100, czerwonych ciałek — 3,895000, Hb 41%, wskaźnik 0,54. Obraz: eozynochłonne — 1%, metamyelocyty — 1%, pałeczkowate — 6%, segmentowane — 52%, limfocyty — 39%, monocyty — 1%.

B a d a n i e r a d i o l o g i c z n e d r ó g m o c z o w y c h:

Po zastosowaniu dożylnego wstrzyknięcia uroselektanu prawa nerka wydziela mocz zacieniowany w czasie prawidłowym, opróżnia się również prawidłowo. Zarysy miedniczki i kielichów nerki prawej odchyleń od normy nie wykazują. Nerka lewa zaczyna wydzielać mocz zacieniowany w cza-

sie prawidłowym, lecz już po 15 min. obraz miedniczki jest zniekształcony, tj. miedniczka jest znacznie powiększona i położona nisko, na wysokości grzebienia lewego talerza biodrowego. Po upływie 25 min. miedniczka lewej nerki przedstawia się w postaci owalnego tworu wielkości dużej śliwki, położonego nad lewym talerzem biodrowym. Opróżnianie się lewej miedniczki jest upośledzone.

Wynik badania radiologicznego *(dr Kowalewski)* przemawia za obecnością dużego bezpowietrznego tworu, zajmującego górną część jamy brzusznej po stronie lewej i odsuwającego nerkę lewą na prawo i ku dołowi. Wodonercze nerki lewej, prawdopodobnie wskutek zagięcia moczowodu.

Po przygotowaniu chorej do operacji dożylnymi wstrzykiwaniami 20% glukozy, przy względnie dobrym stanie ogólnym, w dniu 10.III 1938 r. przystąpiono do zabiegu operacyjnego *(doc. Zaorski)*. Uśpienie eterowe. Cięcie powłok poprzeczne od zewnętrznego brzegu lewego mięśnia prostego do linii łopatkowej po środku między lewym łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowej. Po przecięciu mięśni okazało się, że guz wielkości 2-ch dużych pięści dorosłego mężczyzny leży pozaotrzewnowo i obejmuje górny biegun lewej nerki oraz nacieka otrzewnę. Konsystencja guza miękka, tkanka rwąca się łatwo i silnie krwawiąca. Guz usunięto wraz z lewą nerką oraz wycięto część otrzewnej, na którą przechodził guz. Ranę zeszyto, pozostawiając dren gumowy i sączki gazowe. Opatrunek przeciwgnilny. Bezpośrednio po zabiegu przetoczono chorej 150 cm^3 krwi od dawcy grupy 0, oraz wstrzyknięto pod skórę 300 cm^3 soli fizjologicznej.

Wyjęty guz, wagi 500 gr. (= $^1/_{20}$ wagi dziecka), był ściśle zrośnięty z górnym biegunem nerki lewej, zmienionym również nowotworowo, przy czym granica guza od strony nerki była wyraźna.

11.III. Stan ogólny ciężki. Chora blada. Tętno bardzo słabo napięte i wypełnione, 140/min. Temp. 37,5°. Wstrzykiwania ol. camphorae co 3 godz.

12.III. Stan ogólny nieco lepszy. Tętno 130/min. Temp. 37,2°; kamfora co 3 godz.

14.III. Samopoczucie chorej dobre. Chora chętnie rozmawia i nie skarży się. Wyjęto dren gumowy i zmieniono sączki gazowe. Wydzielina krwawo-brudna, dość obfita.

17.III. Zdjęto klamerki i szwy skórne. Rana zagojona przez rychłozrost. Jedynie w miejscu sączków utrzymuje się przetoka długości 6 cm, wydzielająca płyn mętno-surowiczy. Waga dziecka 10 kg. Samopoczucie dobre. Bladość skóry i śluzówek utrzymuje się.

17.II. Badanie krwi: Ciałek czerwonych 3,92000, ciałek białych 9000, Hb 56%, wskaźnik 0,7.

Wydzielanie moczu odpowiada w przybliżeniu ilości przyjętych płynów.

Wynik drobnowidzowego badania wycinków z guza *(dr. Chodkowski)* wykazał: Utkanie nowotworu z litych ognisk komórek z małą ilością zarodzi, o okrągłych lub owalnych, wyjątkowo zlekka wydłużonych jądrach, mocno chłonących hematoksylinę. Tkanki zrębu bardzo mało. Komórki nowotworu układają się niekiedy dokoła naczyń, a czasami tworzą, nieliczne zresztą, twory różyczkowate rzekome, przy czym w obrębie tych tworów można znaleźć jak gdyby drobne delikatne włókienka. Postacie podziału pośredniego jąder są bardzo liczne. W dodatkowych wynikach drobnowidzowych z guza znaleziono utkanie trzustki.

Obraz drobnowidzowy odpowiada nowotworowi złośliwemu, najprawdopodobniej wychodzącemu z układu współczulnego (s y m p a t h o b l a s t o m a) o szybkim wzroście.

19.III. Stan ogólny pogarsza się. Temp. 39,5°. Rana wydziela płyn surowiczo-ropny, bardzo rzadki. Przemywanie przetoki płynem Callota. Per os Opohemogen (Klawe) 3 łyżeczki dziennie.

21.III. Wydzielina z przetoki utrzymuje się. Codziennie wstrzyknięcia domięśniowe 1 cm^3 Hepatogenu. Stan ogólny nieco lepszy. Temp. 38°.

23.III. Per os Cebion, 3 tabletki dziennie.

26.III Wydzielanie moczu prawidłowe. Wstrzyknięcie podskórne 150 cm^3 soli fizjologicznej. Przemywanie przetoki płynem Callota.

2.IV. Badanie krwi: Czerwonych ciałek 4,080.000, białych ciałek 16700, Hb 61%, wskaźnik 0,75. Obraz: eozynochłonne 1%, pałeczkowate 3%, segmentowane 73%, limfocyty 21%, monocyty 2%.

Stan ogólny dobry. Chora chętnie bawi się i żywo interesuje się otoczeniem.

12.IV. Stan ogólny dobry. Przetoka dług. 6 cm uporczywie utrzymuje się i wydziela obfitą ilość płynu ropno-surowiczego.

16.IV. Brzuch miękki, niebolesny. Nie wymacuje się w brzuchu żadnych oporów. Przystąpiono do naświetlań promieniami X okolicy po wyjętym guzie.

22.IV. Waga chorej 11 kg 700 g. Stan ogólny dobry. II naświetlanie rentgenowskie.

26.IV. Badanie moczu: Ciężar wł. 1,018, białko 0,066 ‰, cukier ujemny. Osad: nabłonki płaskie

pojedyńcze, białe ciałka 3 — 5 w polu widzenia, krwinki pojedyńcze w preparacie.

26.IV. Badanie krwi: ciałek czerwonych 4,120000, białych ciałek 8900, Hb 65%, wskaźnik 0,79.

III naświetlanie promieniami X .

29.IV. IV naświetlanie promieniami X. Stan ogólny dobry. Wydzieliny mniej. Przetoka nie zmniejsza się (rys. 1).



Rys. 1.

2.V. V naświetlanie promieniami X.

6.V. Chora kaszle. W płucach rozsiane świsty i furczenia oraz rzężenia Temp. 38,2°. Zastosowano środki wykrztuśne i bańki.

7.V. VI naświetlanie promieniami X okolicy po wyjętym guzie.

10.V. VII naświetlanie promieniami X.

11.V. Stan ogólny ulega stopniowo pogorszeniu. Chora kaprysi, utraciła zupełnie apetyt. Kaszel uporczywie utrzymuje się. Temp. 39,5°. Wstrzyknięcie pneumoniny, bańki, środki wykrztuśne.

15.V. Stan ogólny ulega dalszemu pogorszeniu. Zupełny brak apetytu, kaszel. Przetoka mimo codziennych przemywań płynem Callota utrzymuje się uporczywie, ale wydziela nieco mniej płynu ropnego, bardzo rzadkiego. Temp. 39,5°.

18.V. Stan ogólny ciężki. Tętno słabo napięte i wypełnione, 120/min. Skóra blada. Przy obmacywaniu brzucha tuż nad spojeniem łonowym wymacuje się guz twardy, nieprzesuwalny, położony głęboko, wielkości pięści chorej.

20.V. Guz w głębi i w dole brzucha wyraźnie powiększa się. Stan ogólny zły. Przetoka nie zmniejszona.

20.V. Na życzenie rodziców wypisana ze szpitala.

Co dalej stało się z chorą nie wiemy — należy przypuszczać, a nawet być pewnym, że sprawa skończyła się zejściem śmiertelnym.

Należy podkreślić, że chora, mimo bardzo ciężkiego zabiegu (guz = 1/20 wagi chorej), zniosła go dobrze i w kilkanaście dni po zabiegu zaczęła przybierać na wadze, a wygląd zewnętrzny świadczył o znacznej poprawie. W myśl zasady przyjętej w Warsz. Szpit. dla Dzieci, że tam gdzie nie można usunąć guza doszczętnie, należy dodać leczenie rentgenowskie, w 37. dniu po zabiegu przystąpiono do naświetlań promieniami X okolicy po wyjętym guzie. Chora dobrze znosiła naświetlania, obraz krwi poprawił się. W 57. dniu po zabiegu wynikło powikłanie w postaci nieżytu oskrzeli i oskrzelików. Od tego czasu datuje się stopniowe stałe pogorszenie. W 67. dniu po zabiegu stan ogólny był zły. W brzuchu zjawił się przerzut w postaci guza w okolicy pęcherza moczowego.

Jeśli wezmiemy pod uwagę szybki rozwój guza (w ciągu 2 miesiący doszedł do olbrzymich rozmiarów = 1/20 wagi chorej), to przypadek powyższy należy zaliczyć do rzędu najcięższych w grupie nowotworów złośliwych u dzieci.

Zasadą jednak Warsz. Szpit. dla Dzieci jest, że należy operować nawet wtedy, gdy są choćby znikome nadzieje powodzenia i nie należy nigdy z góry przesądzać sprawy.

PIŚMIENNICTWO:

Z. Messing: Ganglioneuroma imperfectum nadnercza. Med. Nr 19, str. 660. Warsz. Cz. Lek. R. VII. Nr 32, str. 781; *J. Perzyński* i *L. Manteuffel - Szoege:* Przypadek sympathogonioma (sympathoma sympathogonicum), dający klinicznie obraz mięsaka kości. Pol. Przegl. Chir. T. XV.

Nr 3; *D. Szenkier:* O niektórych rzadkich postaciach krwawień nerkowych. Pol. Przegl. Chir. T. XIV, str. 484; *A. Leśniowski:* Klinika nowotworów nerek. Pol. Przegl. Chir., T. XIII, str. 644; *K. Rostkowski:* O wrodzonych złośliwych nowotworach u noworodków. Ped. Pol., T. XII, Nr 2 — 3, str. 248; *M. Płońskier:* O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. Warsz. Czasop. Lek. T. X, str. 102 — 105, 130 — 136, 636 — 641, 970 — 973, 993 — 996; *K. Michejda:* Pokaz 4-romies. dziecka po operacji guza prawej nerki (mięsak). P. Wil. R. VII, zesz. 1, str. 48; *S. Wszelaki:* Dwa przypadki pierwotnego nowotworu nerki. Med. XX, Nr 1, str. 694; *A. Mazanowski:* Czerwony obraz krwi w przypadkach nowotworowych i innych. Pol. Gaz. Lek. T. XIII, str. 347; *M. Goldman:* Przypadek nadnerczaka z przerzutami do płuc. Med, str. 434; *J. Mossakowski:* Przypadek nowotworu nerki. Pol. Przegl. Chir. T. XIII, str. 643.

Z Oddziału Chirurgiczno - Ortopedycznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Ordynator: *Dr Kazimierz Opacki.*

PRZYPADEK ZŁAMANIA ŁĄKOTEK PRZYŚRODKOWYCH OBU KOLAN U PIŁKARZA

podał

Dr Zygmunt Obrębski.

Zainteresowanie uszkodzeniami łąkotek i znajomość ich obrażeń datuje się od czterdziestu kilku lat. W końcu ubiegłego i na początku bieżącego stulecia ukazywały się sporadyczne prace z tej dziedziny. Dopiero szybki rozwój sportów, jaki zaznaczył się po wojnie światowej, zwrócił uwagę chirurgów na uszkodzenia stawu kolanowego, a co za tym idzie, i na uszkodzenia łąkotek.

Po pracach *Brunsa* (1892), *Michona* (1906), *Martina* (1910), w 1927 roku ukazała się duża praca *Mouchet* i *Tavernier:* „Pathologie des ménisques du genou". Od tej pory w czasopismach lekarskich całego świata wyszło z druku wiele artykułów traktujących o uszkodzeniach łąkotek.

Dla postawienia prawidłowego rozpoznania należy zapoznać się z mechanizmem powstawania tych uszkodzeń oraz z objawami im towarzyszącymi.

Według różnych autorów istnieją różne mechanizmy powstawania uszkodzenia łąkotek. Jedni utrzymują, że uszkodzenie powstaje podczas skręcania podudzia przy zgiętym kolanie: jeżeli podudzie skręciło się na zewnątrz wówczas uszkadza się łąkotka wewnętrzna, gdy na wewnątrz — łąkotka zewnętrzna. Łąkotka ściśnięta powierzchniami stawowymi nie może podążyć za ruchem podudzia i rozrywa się *(Osgood, Steinman).* Inni twierdzą, że każde zaburzenie w dostosowaniu się łąkotek do powierzchni stawowych uda podczas ruchu może wywołać ich uszkodzenie.

Według *Kaliny* mechanizm uszkodzenia łąkotek jest następujący: przy usztywnieniu stawu biodrowego a równoczesnej rotacji goleni część wewnętrzna łąkotki jest przytrzymana przez kłykieć uda, a równocześnie część obwodowa podąża za wykonywującą ruch obrotowy golenią, z którą łączy się na obwodzie za pośrednictwem torebki, a w istocie prawie bezpośrednio. Przy rotacji uda ruch na obwodzie jest szybszy niż bliżej centrum, wskutek czego następuje rozerwanie nie mogącej rozciągnąć się łąkotki.

Bardzo często złamaniu ulega łąkotka wewnętrzna w przypadku, gdy podczas gwałtownego ruchu lub przy upadaniu ko-

lano przybierze chwilowo położenie koślawe. Stwierdziliśmy wówczas podczas operacji poprzeczne złamanie łąkotki, sięgające do torebki stawowej.

Niekiedy w wywiadzie chorzy podają bardzo niewielki uraz, jak klękanie lub podnoszenie się z pozycji klęczącej, przewracanie z boku na bok we śnie itp. Tylko silny ból w kolanie, a często towarzyszące temu bólowi zablokowanie stawu, świadczyło o poważnym jego uszkodzeniu.

Do najcharakterystycznejszych objawów uszkodzenia łąkotki należy blokada stawu kolanowego, polegająca na niemożności zupełnego wyprostowania kolana, co spowodowane jest wsunięciem się pomiędzy przednie powierzchnie stawowe (recessus anterior genus) oderwanej części łąkotki w razie podłużnego jej rozerwania lub uszkodzenia rogu przedniego — ograniczenie zgięcia bywa przy oderwaniu rogu tylnego.

Blokada w sensie prostowania bywa również przy uwięźnięciu kosmka tłuszczu w tak zwanej c h o r o b i e H o f f y (wkleszczenie tłuszczowe *Hoffy)*, lub w razie obecności myszek stawowych (osteochondritis dissecans). Różnica pomiędzy blokadą w tych przypadkach polega na tym, że przy uszkodzeniu łąkotki napotyka się na opór sprężysty i mniej bolesny niż przy wkleszczeniu tłuszczowym *Hoffy.* Ponieważ w obu tych przypadkach jedynie racjonalne jest leczenie operacyjne, omyłka rozpoznawcza nie ma praktycznego znaczenia.

W przypadku t. zw. „prztykającego kolana" *Wierzejewskiego,* gdzie mamy do czynienia z uszkodzeniem łąkotki bocznej, blokada występuje stale w pozycji półzgięcia kolana. Przezwyciężenie tej blokady nie jest trudne — z lekkim oporem i trzaskiem kolano można wyprostować.

Z dalszych mniej pewnych objawów należy wymienić: bolesność przy ucisku na szparę stawową, co jednak bywa również przy uszkodzeniu więzadeł pobocznych, a nawet przy gruźlicy kłykcia (condylitis) oraz przy statycznej niedomodze stawu kolanowego *Schanza.* Zanik mięśnia czworogłowego uda, co wymieniają niektórzy autorzy jako objaw uszkodzenia łąkotek, spotykamy przy wszystkich przewlekłych schorzeniach stawu kolanowego.

Jednym z charakterystyczniejszych objawów uszkodzenia łąkotki jest dość żywa bolesność występująca przy bezpośrednim ucisku na łąkotkę przez zbliżenie do siebie powierzchni stawowych kolana. Próbę tę wykonywamy w ten sposób, że jedną ręką ustalamy udo tuż nad kolanem (kończyna leży swobodnie w pozycji wyprostowanej), a drugą ręką przywodzimy lub odwodzimy podudzie, wywierając w ten sposób ucisk na łąkotkę wewnętrzną lub zewnętrzną. Również jeżeli wykonywanie ruchów rotacyjnych podudziem przy ustalonym udzie wywołuje bolesność okolicy łąkotki, nasuwa to podejrzenie na jej uszkodzenie.

Ostatnim badaniem jest r e n t g e n o g r a f i a. Na zwykłym rentgenogramie łąkotki, jako nie uwapnione, nie uwidoczniają się, należy przeto wprowadzić do stawu kontrast. Najczęściej używa się tlenu jako nieszkodliwego kontrastu. Arthropneumografia w wielu przypadkach daje nam cenne wskazówki. Bywają jednak przypadki, w których wypada ona ujemnie, a podczas zabiegu operacyjnego znajdujemy złamaną łąkotkę. Zdarza się to najczęściej przy odwarstwieniu górnej części łąkotki oraz przy oderwaniu łąkotki od torebki stawowej na niewielkiej przestrzeni.

Uszkodzeniu łąkotek przeważnie towarzyszy wysięk w stawie kolanowym.

Nadmienić należy, że według *Toblera* łąkotka normalna pod względem histologicznym może doznać uszkodzenia tylko

pod wpływem bardzo dużego urazu. W tych przypadkach, w których uszkodzenie łąkotki nastąpiło pod wpływem nieznacznego urazu, według tegoż autora zachodzi przypadek złamania patologicznego powstałego na podłożu już poprzednio istniejących zmian degeneracyjnych, które są przyczyną uszkodzenia.

Według *Burmana* i *Sutro* łąkotka osobnika do lat 20 nie wykazuje makroskopowo żadnych dostrzegalnych zmian. Dopiero w miarę starzenia się osobnika zmiany te występują, zabarwienie z normalnego białego przechodzi w intensywnie żółte, a nawet w brązowe — brzeg wewnętrzny staje się nieregularny. Do najczęstszych zmian degeneracyjnych wszyscy autorzy (*Tobler, Burman, Sutro, Raszeja*) zgodnie zaliczają zwyrodnienie tłuszczowe, szkliste, śluzowe i wapniowe.

Niekiedy spotykamy się ze zwiotczeniem torebki i więzadeł — wówczas występuje też wiotkość łąkotki (laxité méniscale). W tych przypadkach występują niektóre charakterystyczne objawy dla uszkodzenia łąkotek, jak bolesność przy skręcaniu podudzia, blokady jednak nigdy nie spostrzegamy.

Łąkotki bardzo często ulegają rozmaitego rodzaju uszkodzeniom mechanicznym, nigdy natomiast nie ulegają zapaleniu, tak że „meniscitis" nie istnieje. Z tego też powodu *Mouchet* i *Tavernier* opisaną przez *Roux* jednostkę chorobową pod nazwą „méniscite traumatique" identyfikują z chorobą *Hoffy*.

Natomiast coraz częściej opisują niektórzy autorzy przypadki meniskopatii (*Andeesen, Israelski, Pollack, Raszeja*). Niezbyt często zdarzają się torbiele łąkotek. W naszym materiale na 37 przypadków spotkaliśmy się z jedną torbielą (niecałe 3%).

Ponieważ, jak to wykazały badania *Fischera* i *Pfaba*, trzon i części wewnętrzne łąkotki są nieunaczynione, a więc niedostatecznie odżywiane, nie zrastają się one nigdy, przeto by oderwane części nie przeszkadzały w ruchach stawu kolanowego należy je usunąć drogą operacyjną.

Tak też postąpiono w przypadku który przedstawiam.

Chory Z. B. lat 24, grając na meczu piłki nożnej uczuł bez specjalnej przyczyny silny ból w prawym stawie kolanowym — upadł, chwilę leżał, jednak wstał o własnych siłach i zszedł z boiska. Po krótkim masażu poczuł się dobrze, wrócił na boisko i grał do końca meczu. Po skończonej grze zauważył w szatni, że okolica stawu kolanowego prawego, a w szczególności nad rzepką jest obrzęknięta. Leczony był masażami i nagrzewaniami. Po pięciotygodniowym leczeniu wrócił na boisko. Trzy tygodnie po leczeniu podczas meczu znów uczuł dotkliwy ból w tym samym (prawym) kolanie. Miał wrażenie, jakby powierzchnie stawowe ześlizgiwały się. Zszedł z boiska o własnych siłach. Zauważył, że natychmiast wystąpił obrzęk w okolicy prawego kolana. Ponownie przeprowadził leczenie fizykalne. W ciągu 4-ch miesięcy powstrzymywał się od gry w piłkę nożną, a następnie grał jeden raz z obandażowanym kolanem bez wypadku.

Ponieważ podczas zwykłego chodzenia miał stale uczucie przesuwania się czegoś w prawym kolanie, zwrócił się do ambulatorium ortopedycznego przy szpitalu U. S. w Warszawie, gdzie stwierdzono uszkodzenie łąkotki wewnętrznej prawego stawu kolanowego.

Z tym rozpoznaniem przystąpiono do zabiegu operacyjnego 1 lutego 1932 roku. Podczas operacji stwierdzono odwarstwienie łąkotki wewnętrznej od torebki stawowej na znacznej przestrzeni — podczas zginania kolana łąkotka fałdowała się. Łąkotkę całkowicie usunięto. Po zabiegu prócz masażu żadnego innego następczego leczenia nie przeprowadzono.

W 6-tym tygodniu po operacji grał już na meczu piłkarskim, czuł że kolano operowane jest jeszcze słabe, ale żadne dolegliwości nie wystąpiły. W 3 miesiące po operacji czuł się zupełnie zdrów, grał stale, nawet podczas najforsowniejszych meczów nie odczuwał żadnych dolegliwości.

W kwietniu 1934 roku podczas meczu piłkarskiego w czasie forsownego biegu, gdy dopadł piłkę i oddał prawą nogą strzał na bramkę, uczuł b. silny ból w lewym stawie kolanowym — upadł. Próba wstania o własnych siłach nie powiodła

się, gdyż nie mógł wyprostować kolana. Zniesiono go z boiska do szatni, gdzie po zastosowaniu masażu wyprostował chore kolano. Po powrocie do domu, gdy mył prawą nogę a stał na dopiero co uszkodzonej kończynie, nieopatrznie wykręcił się w lewo, uczuł znów silny ból w lewym kolanie, upadł na podłogę nie mogąc podnieść się. Wystąpił znaczny obrzęk w okolicy lewego stawu kolanowego.

Trzeciego dnia po wypadku chory zgłosił się do ambulatorium ortopedycznego U. S., gdzie nakłuto staw i wydobyto około 100 cm³ płynu lepkiego, o bursztynowym zabarwieniu. Chodził z kolanem zabandażowanym opaską elastyczną. Nie grał około 5-ciu tygodni. Następnie próbował grać, ale stale miał uczucie przeskakiwania czegoś w kolanie, wysięk nie powtarzał się.

W kilka miesięcy po tym wypadku, podczas gry w siatkówkę uczuł silny ból w lewym kolanie, nastąpiła blokada tego stawu, utworzył się wysięk, który wypuszczono. Znów czuł się dobrze.

W początkach lutego 1935 roku podczas ślizgania się nastąpiło raptowne zablokowanie lewego stawu kolanowego tak silne, że w ciągu tygodnia nie mógł go wyprostować — dopiero 11 lutego, podczas zabiegu operacyjnego na naszym oddziale, po znieczuleniu stawu, udało się kolano wyprostować. Usunięto wówczas łąkotkę przyśrodkową, która była pęknięta skośnie a róg przedni zupełnie oderwany. Po zabiegu operacyjnym stosowano masaże i diatermię.

W dwa miesiące po operacji poszedł na boisko, jednak czuł się dość niepewnie, dopiero po czterech miesiącach odzyskał zupełną sprawność kończyny.

W dwa lata po drugiej operacji zarzucił piłkarstwo, gra jednak w tenisa, ślizga się i jeździ na nartach, nie odczuwając absolutnie żadnych dolegliwości w operowanych kolanach.

Z pośród kilku opisanych sposobów dostępu do łąkotek, najczęściej stosowane są dwa: z cięcia podłużnego lub poprzecznego. Ponieważ cięcie podłużne daje bardzo ograniczony dostęp, a więc możność tylko częściowego usunięcia łąkotki, na naszym oddziale, który stoi na stanowisku, że należy całkowicie usuwać uszkodzoną łąkotkę, stosujemy zawsze cięcie poprzeczne t. j. równoległe do szpary stawowej. Z takiego cięcia w opisanym przypadku były usunięte łąkotki.

W okresie sześcioletnim na naszym oddziale wykonaliśmy 37 meniscektomij. W 35-ciu przypadkach dochodziliśmy do łąkotek cięciem poprzecznym, w jednym tylko przypadku, gdzie usunięto obie łąkotki, otwarto staw cięciem przez rzepkę.

Mężczyźni stanowili większość — 25 łąkotek, u kobiet usunięto 12 łąkotek. Operowano przeważnie prawe kolano — 23 przypadki, lewych kolan operowano 14. Usunięto 32 wewnętrzne łąkotki i tylko 5 zewnętrznych. Granica wieku wahała się od 18 lat do 70, przy czym najwięcej, bo 18 przypadków, przypada na okres od 21 do 30 lat. Od 18 do 20 lat, operowano 8 łąkotek, od 31 do 40 lat — 9 łąkotek, jedną łąkotkę usunięto u 50-letniego mężczyzny i jedną u 70-letniej kobiety.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Burman M.* and *Sutro Ch.:* A study of the degenerative changes of the menisci of the knee joint, and the clinical significance thereof. Journal of Bone and Joint Surg. Vol. XV, p. 835 — 61 (1933); 2. *Grobelski M.:* Obrażenia i schorzenia łąkotek stawu kolanowego. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Polska 1929 r. zeszyt II; 3. *Kalina L.:* O złamaniu łąkotek i ich leczeniu. Polska Gazeta Lek. 1925 r. Nr 3; 4. *idem:* W sprawie rozpoznania i leczenia złamania łąkotek. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Polska 1933 r. zeszyt IV; 5. *idem:* Postępy diagnostyki urazów stawu kolanowego. Chirurg Polski 1936 r. Nr 3; 6. *Mouchet* et *Tavernier:* Pathologie des ménisques du genou. Paris 1927 r.; 7. *Payr:* Zur Meniskusfrage, Vor- und Nacherkrankung des Gelenkes, Sportunfall, Berufsschadenfolge. Zbl. f. Chir. 1936 Nr 16; 8. *Pfab:* Zur Blutgefässversorgung der Menisci und Kreuzbänder. D. Ztschr. f. Chir. 1927, tom 205, str. 258; 9. *idem:* Experimentelle Studien zur Pathologie der Binnenverletzungen des Kniegelenkes, D. Ztschr. f. Chir. 1927 t. 205 str. 265; 10. *idem:* Weitere experimentelle Studien zur Pathologie der Binnenverletzungen des Kniegelenkes. D. Ztschr. f. Chir. 1928 tom XI str. 339; 11. *idem:* Zur Gefässversorgung der Menisci. Zbl. f. Chir. 1928 Nr 12 str. 731; 12 *Raszeja F.:* Zmiany patologiczne łąkotek i ich znaczenie kliniczne. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Polska 1937 tom X str. 146 — 179; 14. *Tobler:* Ma-

kroskopische und histologische Befunde am Kniegelenkmeniskus in verschiedenen Lebensaltern. Schweiz. med. Wchschr. 1929 r. tom II, str. 1359;

14. *idem:* Zur normalen und pathologischen Histologie des Kniegelenkmeniskus. Arch. für Klin. Chir. Nr 177, str. 483 — 95.

T E C H N I K A

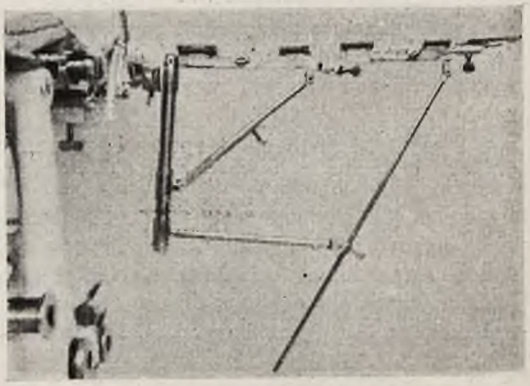
Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

NOWY MODEL WSPORNIKA DLA KOŃCZYNY GÓRNEJ

podał
Dr Roman Wolański.

Posługując się na oddziale polskimi stołami operacyjnymi *f-my Jarnuszkiewicz,* wiele mieliśmy dotychczas kłopotu przy zabiegach przeprowadzanych na kończynie górnej, zwłaszcza wymagających szczególnego ułożenia kończyny. Stół ten bowiem, podobnie jak i wiele innych stołów, nie posiada oparcia dla kończyny górnej. Układanie ręki na przysuwanym do stołu operacyjnego stoliku nie pozwala zarówno na dowolne odwiedzenie kończyny, jak i na ustalenie ręki zgiętej w łokciu przy równoczesnym uniesieniu przedramienia wprost ku górze, względnie pochyleniu go pod zmiennym w zależności od potrzeby kątem w stosunku do płaszczyzny blatu stolika. Ułożenie to bywa niekiedy potrzebne przy zabiegach przeprowadzanych na ramieniu. Jeśli posługujemy się w tym celu dosuwanym do stołu stolikiem, ręka w czasie zabiegu stale musi być trzymana przez asystenta, chociażby nawet nie wymagała szczególnego ułożenia. Brak przy stole operacyjnym oparcia dla ręki daje się przykro odczuć i w innych jeszcze okolicznościach. Przy zabiegach przeprowadzanych w pasze, dalej przy amputacji sutka silnie odwiedziona ku górze ręka musi być podczas zabiegu trzymana przez jedną z osób personelu sali operacyjnej. Do pomocy służącego musieliśmy się również uciekać w czasie tak często stosowanych na naszym oddziale dożylnych uśpień sennarkolowych. Przeważnie przez cały czas zabiegu odwiedziona ręka była przez niego trzymana w powietrzu, podobnie jak stale musi być w czasie uśpienia trzymana ręka ułożona na stoliku, jeśli nie chcemy, aby przy poruszeniu się chorego igła wysunęła się z żyły.

Bardzo kłopotliwemu temu postępowaniu we wszystkich wymienionych powyżej przypadkach zapobiegliśmy w ostatnich czasach w zupełności, konstruując specjalny wspornik, przykręcany do stołu operacyjnego (rys. 1 — 3). Wspornik ten różni



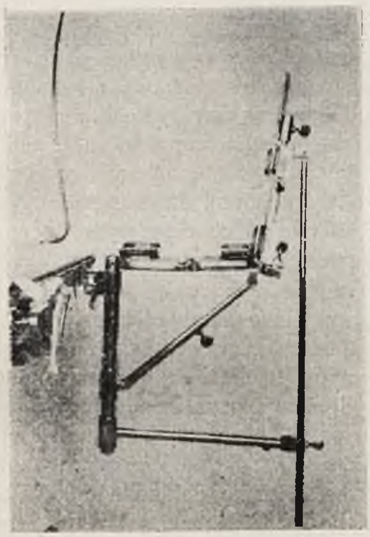
Rys. 1.

się zasadniczo od podpórki dla ręki używanej przy stole Schaererowskim, wolny bowiem koniec tej podpórki oparty jest na szerokiej podstawce, ustawionej na podłodze obok stołu operacyjnego, co nie pozwala np. na umocowanie przedramienia

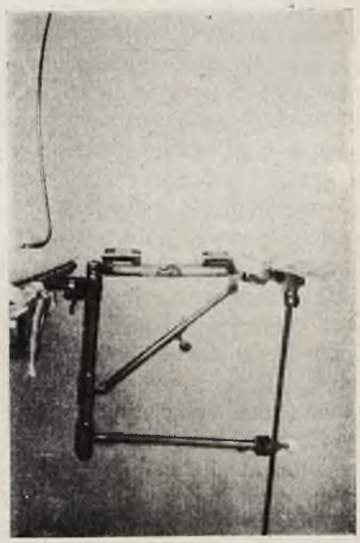
uniesionego ku górze przy kończynie zgiętej pod kątem prostym w stawie łokciowym.

Wspornik nasz jest zawieszony na stole, to też pozwala na umocowanie ręki w dowolnym ułożeniu. Nie posiadając dodatkowej podstawki stojącej na ziemi w niczym nie przeszkadza on operatorowi ani narkotyzerowi. Wszelkie zmiany w ułożeniu kończyny mogą być przeprowadzane przez personel pomocniczy przez odkręcanie i dokręcanie jednej z 4 śrub, umieszczonych pod wspornikiem, nawet w czasie zabiegu bez obawy zakażenia pola operacyjnego. Manipulacja podpórką jest bardzo prosta dzięki niewielkiej ilości śrub ustalających. Obydwie zasadnicze części składowe wspornika, zarówno przeznaczona dla oparcia ramienia, jak i przedramienia, pozwalają się rozsuwać; rozmiary wspornika mogą być dowolnie zmieniane, przez co daje się on dostosować do każdej ręki, nawet ręki dziecka. Ręka może być zarówno zupełnie przysunięta do stołu, jak i odwiedziona maksymalnie. Wyprostowana kończyna może być uniesiona w całości ku górze, względnie obniżona ku dołowi przy każdym odwiedzeniu. Ręka zgięta w łokciu może być ustalona we wszystkich możliwych do pomyślenia ułożeniach przedramienia, co pozwala też na skręcanie osi ramienia w granicach kąta przekraczające 180°.

Kończynę przymocowujemy do wspornika przy pomocy pasków, przeprowadzonych przez wklęsłe płytki metalowe wyścielone gumą gąbczastą, do których ręka ściśle przylega. Dwa tego rodzaju paski umieściliśmy na ramieniu, dwa na przedramieniu i jeden na dłoni. Pasek ustalający ramie, a znajdujący się powyżej zgięcia łokciowego, może równocześnie służyć do wywoływania zastoju w żyle łokciowej przed wkłuciem do niej igły dla wprowadzenia sennarkolu.



Rys. 2.



Rys. 3.

Wspornik z łatwością daje się zdjąć ze stołu. Może on być używany zarówno dla lewej, jak i prawej ręki. Wykonany jest ściśle według naszego planu przez *f-mę Stanisław Mucha* w Krakowie. Dzięki temu, że części wspierające są wykonane z rur stalowych, ciężar jego jest nieznaczny, bo dochodzi do 3 kg, wytrzymałość zaś duża, znosi bowiem obciążenie kilkudziesięciu kg.

P O S I E D Z E N I A

Z POSIEDZENIA KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO z dnia 9.XI 1938.

POKAZY PRZYPADKÓW Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA IM. PREZ. G. NARUTOWICZA.

Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

Dr J. Stafiera:

PRZYPADEK RANY KŁUTEJ BRZUCHA U 5-LETNIEGO DZIECKA.

Dziecko przed dwiema godzinami biegnąc po podwórzu upadło na rozbitą flaszkę. Przez ranę wypadły jelita. Oddany mocz miał być krwawy. Przy badaniu na skórze podbrzusza, nieco na prawo od linii środkowej, stwierdzono obecność kilku wypadniętych pętli jelita cienkiego. Wypadły one poprzez pięciocentymetrową ranę powłok, biegnącą skośnie od strony prawej i góry ku lewej i ku dołowi, zachodzącą nieznacznie poza linię środkową ciała. Na jednej z pętli widoczne były dwie pięciocentymetrowe rany cięte, biegnące równolegle do długiej osi jelita i drążące do jego światła. Wypadnięte pętle jelitowe obmyto rozczynem fizjologicznym soli, po czym osłonięto je chustkami i odkażono skórę brzucha. Następnie zeszyto obydwa otwory w jelicie, po czym dopiero poszerzono ranę powłok. Kontrola znajdujących się w brzuchu pętli jelitowych i krezki nie wykazała żadnych obrażeń. Wobec tego, że, jak wynikało z wywiadów, dziecko bezpośrednio po wypadku miało oddać mocz krwawy, dokładnie obejrzano okolicę pęcherza, żadnych jednak jego obrażeń nie udało się wykazać. Obawiając się przeoczenia drobnego otworu w ścianie pęcherza, wypełniono jego światło przez wprowadzony poprzez cewkę cienki cewnik jałowym fizjologicznym rozczynem soli. Dzięki temu przekonano się o istnieniu drobnego otworu na tylnej ścianie pęcherza w pobliżu jamy Douglasa. Otwór ten drążył do wolnej jamy otrzewnej. Ranę pęcherza zeszyto. Po powtórnej kontroli całej jamy brzusznej zeszyto szczelnie powłoki, w pęcherzu zaś pozostawiono cewnik na stałe. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy i zupełnie gładki. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Cewnik usunięto w 10-ym dniu po zabiegu. Oddawany mocz był czysty, zawierał nieliczne tylko krwinki i leukocyty.

Równoczesne zranienia jelit i pęcherza nie należą do wyjątkowych i, jak uczy doświadczenie, przy wcześnie przeprowadzonym zabiegu operacyjnym dają na ogół dobre rokowanie. Zabieg musiał być wykonany doraźnie ze względu na drążącą ranę brzucha. Gdyby jednak nie podawany przez rodziców w wywiadach krwiomocz, o istnieniu którego nie podobna się było naocznie przekonać, gdyż pęcherz dziecka po przywiezieniu go do szpitala był zupełnie próżny, niewątpliwie nie znalezionoby w czasie zabiegu i nie zeszyto otworu w pęcherzu. Dziecko zaś z pewnością by zginęło, wiemy bowiem o tym, że przerwanie ciągłości tylnej, pokrytej otrzewną ściany pęcherza jest zawsze śmiertelne, jeśli się go na czas nie rozpozna i nie zeszyje otworu. Po otwarciu brzucha nie stwierdzono w nim obecności moczu. Nie świadczy to jednak o braku uszkodzenia ściany pęcherza. *Läwen* bowiem słusznie podkreśla, że przy śródotrzewnowych uszkodzeniach pęcherza mocz nie zawsze musi się przedostawać do otrzewnej. Mimo dokładnego oglądania powierzchni pęcherza nigdzie nie zauważono uszkodzenia jego ściany. Dla wyłączenia, więc, że nie chodziło o śródotrzewnowe przebicie ściany pęcherza, nie pozostawało nic innego jak wykonać zabieg, który wszystkie podręczniki uważają za niedopuszczalny: wprowadzić do pęcherza jałowy fizjologiczny rozczyn soli i naocznie się przekonać o tym, czy płyn nie przedostaje się do otrzewnej, jeśli zaś tak, to w którym miejscu. Podręczniki z naciskiem podkreślają, że w przypadkach w których podejrzewamy zranienie pęcherza nie wolno wprowadzać doń żadnego płynu. Gdybyśmy wszakże nie postąpili w ten sposób, który, jak sie okazało, nie przyniósł dziecku szkody, niewątpliwie pozostawilibyśmy otwór w pęcherzu — i stracili chorego. Jeśli bowiem, jak powszechnie wiadomo, symptomatologia śródotrzewnowych uszkodzeń pęcherza w początkowych okresach nie zawsze bywa dość wyraźna, nie zawsze pozwala na rozstrzygnięcie wszystkich wątpliwości i wie-

le laparotomij przeprowadza się w tych przypadkach dopiero po wystąpieniu objawów zapalenia otrzewnej, to w naszym przypadku powiedzieć można z góry — ze względu na przeprowadzony doraźny zabieg z powodu wypadnięcia i uszkodzenia jelita — że nawet taki późny zabieg nie wchodziłby zupełnie w rachubę. Postąpiliśmy więc w tym przypadku właściwie, łamiąc ogólnie przyjętą regułę chirurgiczną. Ze względu wreszcie na niewielkie rozmiary otworu w pęcherzu poprzestaliśmy na pozostawieniu cewnika na stałe, miast polecanego przeważnie, a zbędnego w tym przypadku zakładania przetoki pęcherzowej.

Dyskusja:

Doc. Szymanowicz zapytuje, jaki w tym przypadku był mechanizm powstania przebicia tylnej ściany pęcherza.

Prelegent wyjaśnia, że widocznie wąski i długi koniec rozbitej flaszki ugodził powłoki w kierunku od przodu i góry ku tyłowi i dołowi, zaś pęcherz był mało wypełniony.

Dr P. Hornicki:

a) PRZYPADEK SZCZĄTKOWEGO OGONA WNĘTRZOKRĘGIEGO U DWULETNIEGO DZIECKA.

(Będzie ogłoszony w „Chirurgu Polskim").

b) PRZYPADEK PRAWDZIWEGO DODATKOWEGO BOCZNEGO WOLA SZYI.

(Podany w całości w bieżącym N-rze „Chirurga Polskiego").

Dyskusja:

Doc. Kowalczykowa stwierdza, że przedstawiony przypadek posiada duże znaczenie praktyczne jeszcze z innego względu: przy ocenie podobnego przypadku zarówno klinicysta, jak i histopatolog muszą rozstrzygnąć pytanie, czy chodzi o przerzut pozornie łagodnego gruczolaka tarczycy, czy też o tarczycę dodatkową. Przerzuty nowotworu tarczycy drogą chłonną są na ogół niezbyt częste, jednak można je również niekiedy znaleźć w głębokich szyjnych i nadobojczykowych gruczołach chłonnych; ponieważ zaś przerzuty te mogą mieć budowę gruczolaka, trudność decyzji bywa niekiedy poważna. Zważywszy jednak w tym przypadku, że umiejscowienie obydwu guzków jest typowe dla tarczyc dodatkowych, że są one wyraźnie odgraniczone od otoczenia, posiadają wyraźną torebkę włóknistą oraz że nigdzie w dokładnie histologicznie przebadanych tworach nie stwierdzono resztek utkania gruczołu chłonnego, należy raczej przypuszczać, że istotnie chodzi o tarczyce dodatkowe. Przerzuty gruczolaka tarczycy występują przeważnie w kośćcu, przy czym zawsze zwraca uwagę pewna nieregularność budowy gruczołu, czego nie m[illegible] w preparatach przedstawionego przypadku.

Dr Sz. Kranz:

LECZENIE ZAKRZEPOWEGO ZAPALENIA ŻYŁ KOŃCZYN PRZY POMOCY OPATRUNKU UCISKOWEGO (KLEINOWEGO).

Metoda ta, stosowana przez autorów wiedeńskich, została wprowadzona w Polsce przez *doc. Rutkowskiego* z Warszawy, który przekonał się o wielkiej jej wartości na dużym materiale [1]). Na podstawie dotychczasowych doświadczeń oddziału chirurgicznego Szpitala im. Narutowicza prelegent wyraża się o tej metodzie bardzo korzystnie i gorąco zaleca jej stosowanie.

Dyskusja:

Doc. Szymanowicz powątpiewa czy metoda ta może również okazać się skuteczną w przypadkach zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych po zabiegach ginekologicznych, kiedy to zakrzep zawsze usadowiony jest wysoko w żyłach miednicy małej. Metody tej nigdy dotychczas nie stosował, ma jednak zamiar wypróbować ją w przyszłości. Główny błąd dotychczasowego leczenia schorzenia widzi w zbyt długim, miesiące nieraz trwającym, przetrzymywaniu chorych w łóżku. Przy ocenie kiedy należy zaprzestać unieruchomienia kończyny, kieruje się nie tyle ciepłotą ciała, ile szybkością tętna chorej.

Dr Blasberg wspomina, że *Pratsicas* i *Teckari* ogłosili niedawno w „Journal de Medécine de

[1]) Patrz *S. Śpiewankiewicz.* „Chirurg Polski" Nr 6/38, str. 299—306.

Lyon" własne spostrzeżenia co do skuteczności leczenia zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych przy pomocy opatrunku uciskowego, który zbliża ścianę żyły do zakrzepu i przez to znacznie przyśpiesza organizację zakrzepu. W odpowiedzi *doc. Szymanowiczowi* zaznacza, że przy dotychczasowym sposobie leczenia kończyna winna być unieruchomiona tak długo, aż podniesiona ciepłota ciała, świadcząca o tym, że proces zapalny jeszcze się nie skończył, nie powróci do normy i nie ustąpią napadowe stany lękowe oraz okresowe przyspieszenie tętna i jego niemiarowość, świadczące o utrzymujących się zaburzeniach narządu krążenia.

Dr Jasieński podkreśla, że zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych należy na jego oddziele do wyjątkowych powikłań pooperacyjnych; w ciągu lat 4 spostrzegał je bowiem tylko 15 razy. Leczenie przy pomocy opatrunku uciskowego przeprowadzano na oddziale nie tylko przy zakrzepach powstałych po zabiegach chirurgicznych, lecz i z innych przyczyn, u chorych przywiezionych z miasta, bądź z innych oddziałów. W większości przypadków zakrzep powstaje w żyle biodrowej, mimo to opatrunek ściśle przylegający do dołu biodrowego, obejmujący lekko zgiętą w stawie biodrowym kończynę wraz z podbrzuszem w zupełności spełnia swe zadanie. Wyniki leczenia są zgoła nieprawdopodobne. Bóle w kończynie ustępują zwykle po 2 dniach, ciepłota ciała opada do normy w 5 dni po założeniu opatrunku, po tygodniu chorzy rozpoczynają ruchy, po 2 tygodniach zaś opuszczają łóżko, a częstokroć i szpital. Wynik leczenia jest szczególnie uderzający w przypadkach, w których opatrunek kleinowy założono wcześnie. Ale również w przypadkach spóźnionych warto uciec się do leczenia uciskowego. W przypadku zakrzepowego zapalenia żył obydwu kończyn dolnych, powstałego po złamaniu goleni, powikłanego zawałami w płucach, w którym obrzęk po ½-rocznym leżeniu w łóżku obejmował całą połowę ciała, kończąc się w okolicy nadbrzusza, dzięki kleinie w ciągu 3 tygodni udało się w zupełności wyrównać zaburzenia krążenia i dosłownie postawić chorego na nogi. Proponowane przez autorów wiedeńskich zapobiegawcze leczenie przy pomocy opatrunku uciskowego, zakładanego na kończyny dolne w przypadkach, w których pierwszym powikłaniem jest zawał w płucach, również nie jest pozbawione słuszności. *Dr J.* spostrzegał niedawno przypadek, w którym w końcu 2-go tygodnia po appendektomii wystąpił zawał w płucach, w końcu zaś 3-go tygodnia — zakrzepowe zapalenie żył lewej kończyny dolnej. Należy się spodziewać, że metoda ta, pozwalająca na znaczne skrócenie czasu leczenia, zapobiegająca powikłaniom i zapewniająca uzyskanie dobrego wyniku czynnościowego (brak śladu obrzęków przy chodzeniu po skończonym leczeniu), szybko się rozpowszechni.

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO
w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 21 listopada 1938 r.

Płk dr B. Pawłowski:

PRZYPADEK WYLECZENIA WYNICOWANIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
(wszczepieniem moczowodów do jelita grubego sposobem **Coffeya**).
(Ukaże się w druku w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym").

Dyskusja:

Doc. Rutkowski w swoim przypadku operowanym przed kilkoma laty postąpił podobnie z tą tylko różnicą, że moczowody wszczepiał razem z odcinkiem ściany pęcherza. Wyrostek też usunął w swoim przypadku.

Płk dr Pawłowski usunął wyrostek dlatego, że po wszczepieniu moczowodu do kątnicy robi się ona po tym mniej ruchoma, i wtedy, w razie ewentualnego zabiegu operacyjnego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, można się spotkać z dużymi trudnościami operacyjnymi.

Płk dr T. Sokołowski:

LECZENIE ROPNI BRODIEGO SZYI KOŚCI UDOWEJ ZA POMOCĄ WIERCENIA
(Ukaże się jako osobna publikacja w „Chirurgu Polskim").

Dyskusja:

Dr Levittoux: W zeszłym roku mieliśmy w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. dwa przypadki ropni Brodiego w szyjce kości udowej. Postępowanie nasze było podobne: wprowadzaliśmy uprzednio gwóźdź Steinmanna, kontrolując rentgenem; później świdrem Wolszczana docieraliśmy do ogniska, a powstały kanał rozszerzaliśmy świ-

drem Wolszczana większego rozmiaru. Przez kanał ten wprowadzaliśmy ostrą łyżeczkę i staraliśmy się wyskrobać całe ognisko, a wyskrobiny usunąć. Wyskrobiny badaliśmy mikroskopowo i bakteriologicznie. Wychodząc z założenia, że ropień Brodiego jest sprawą infekcyjną, postępowaliśmy tym sposobem klasycznym, tak jak we wszystkich ropniach kości.

Jednostka opisana przez Brodiego jest to *osteomyelitis circumscripta chronica staphylococcica.* W późniejszych już czasach lekarze pod mianem „ropnia Brodiego" ujmowali także ropnie pochodzenia niegronkowcowego.

Co się tyczy przypadków demonstrowanych, to mam wątpliwości, czy przypadek III jest ropniem *Brodiego.* Widzimy w nim bowiem ogniskowe nasilenie cienia rentgenowskiego, co by świadczyło o uwapnieniu ogniskowym, a nie o rozrzedzeniu. A przecież właśnie ognisko rozrzedzenia, tylko z otoczką sklerotyczną, jest charakterystyczne dla ropni Brodiego.

Wygojenie ropni Brodiego może nastąpić przez proliferację kostną, a więc rentgenologicznie będzie widoczne tylko ognisko nieznacznej eburneacji. Natomiast na przedstawionym rentgenogramie widzimy odkładanie się wapnia. Proces uwapnienia może odbywać się tam, gdzie nastąpiło zamknięcie dopływu krwi do ziarniny, jak np. przy serowaceniu gruczołów chłonnych itp. Dlatego też przypadek ten raczej należy traktować jako wygojone ognisko gruźlicze, niż jako ropień Brodiego.

Płk dr Sokołowski uważa, że lepiej jest ropni takich nie wyskrobywać, gdyż skrobanie to jest tylko niepotrzebnym urazem, ponieważ nie usuniemy w ten sposób wszystkich mikrobów. Co do przypadku III, jest to ropień Brodiego, ponieważ na zdjęciu bocznym widać na tle uwapnienia wyraźnie także ogniska rozrzedzenia.

Prof. Radliński zwraca uwagę, że wszyscy przedstawieni chorzy zanim byli operowani, leczyli się już w ciągu dłuższego czasu u różnych lekarzy. Być może, że właśnie dzięki temu iż upłynął dłuższy okres czasu pomiędzy zachorowaniem a operacją, otrzymano tak dobre wyniki pooperacyjne, gdyż ogniska ropne stopniowo samoistnie się wyjałowiły.

Dr S. Tokarski:

W SPRAWIE PNEUMOGRAFII STAWU KOLANOWEGO PRZY USZKODZENIACH ŁĄKOTKI.

(Będzie drukowany w całości w następnym N-rze „Chirurga Polskiego").

Dr A. Janik (Łódź):

PRZYPADEK NERWIAKA ZWOJOWO-KOMÓRKOWEGO.

(Str. własne)

F. I. mężczyzna lat 19, w sierpniu rb. po przebytej grypie zauważył guz w lewej połowie brzucha, dość szybko wzrastający, ale nie sprawiający choremu żadnych dolegliwości. W 3. tygodniu od chwili zauważenia guza chory zgłosił się do szpitala U. S.

Miejscowo stwierdziliśmy w lewej górnej części jamy brzusznej guz wielkości pięści, elastyczny, nieco tkliwy, mało ruchomy. Stan ogólny chorego dobry, ciepłota prawidłowa, badania dodatkowe odchyleń od normy nie wykazały, z wyjątkiem pyelografii dożylnej, która wykazuje, że guz leży pozaotrzewnowo przy kręgosłupie i odpycha moczowód lewy na zewnątrz.

Zabieg operacyjny przeprowadziliśmy drogą przezotrzewnową; po otwarciu tylnej blaszki otrzewnej stwierdziliśmy, że guz przylega ściśle do kręgosłupa i aorty; po nacięciu torebki poczęliśmy guz wydzielać, co z trudnością dało się uskutecznić w pobliżu aorty, rynienkowato przez guz objętej; guz usunęliśmy w całości; dość obfite krwawienie tętniczek lędźwiowych dało się opanować.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Zmian w ukrwieniu i ciepłocie kończyny dolnej lewej nie stwierdziliśmy.

Badanie drobnowidzowe *(doc. Ściesiński):* guz składa się z licznych włókien nerwowych i łącznotkankowych włóknistych, przebiegających falisto i splecionych z sobą, nie mających osłonek myelinowych, oraz gromadek komórek zwojowych po kilka do kilkunastu, często układających się w pasma: n e r w i a k z w o j o w o-k o m ó r k o w y d o j r z a ł y.

W r. 1923 zestawił *Brunner* z piśmiennictwa 51 przypadków nerwiaków zwojowo-komórkowych. Z tych 8 wychodziło z czaszki, 7 — z okolicy szyjnej, 3 — z poza opłucnej, 12 — z nadnerczy i najbliższego otoczenia (1 przyp. z objawami choroby Addisona), następnie 10 leżało pozaotrzewnowo niżej okolicy nadnerczy, 5 w małej miednicy, 6 dotyczyło obwodowego systemu nerwowego. Do

grupy nerwiaków okolicy pozaopłucnowej należy dodać operowany przypadek *Sauerbrucha* (wielkości głowy dziecka).

Najtypowszą częścią składową tych nowotworów są komórki zwojowe w różnej ilości i w różnym okresie zróżnicowania neuroblastów. Komórki te leżą wśród pasm włókien nerwowych bezrdzennych, stąd na przekroju guzy mają wygląd włókniaka z jedwabistym połyskiem pasemek.

Nerwiaki te występują przeważnie u kobiet, wychodząc najczęściej z lewego splotu współczulnego lub nadnercza. Charakter mają na ogół dobrotliwy, wyjątkowo złośliwy. Mogą one dochodzić do znacznych rozmiarów, drążyć przez otwory międzykręgowe do kanału rdzeniowego i powodować porażenia, zrastać się z aortą lub żyłą próżną dolną, powodować objawy ucisku naczyń szyjnych i narządów klatki piersiowej.

Doc. J. Zaorski:

TRUDNOŚCI ROZPOZNAWCZE PRZY KAMICY NERKOWEJ.

(Str. własne)

Przedstawiam 3 przypadki urologiczne, które wykazują z jakimi trudnościami rozpoznawczymi i leczniczymi możemy się spotykać mimo pozornie jasnych obrazów chorobowych.

Przyp. 1. dotyczy chorej lat 40, skierowanej do nas z oddziału wewnętrznego z rozpoznaniem *gastro-colo-ptosis, ren mobile dextrum (dr Bratkowski)*. Rtg. uzyskane po wstrzyknięciu tenebrylu *(dr Kowalewski)* wskazywały: „Uwidocznione miedniczki obu nerek leżą w lewej połowie jamy



Rys. 1.

brzusznej. Wydzielanie moczu zaczyna się w obu nerkach równocześnie w prawidłowym czasie. Uwidocznione miedniczki i kielichy mają kształt prawidłowy. Jedna miedniczka leży wysoko, w miejscu odpowiadającym lewej nerce. Niżej, na wysokości trzonów L_3 i L_4 widać cień miedniczki prawej, położony po stronie lewej" (rys. 1).

Biorąc pod uwagę brak zaburzeń w wydzielaniu i oddawaniu moczu oraz brak zmian chorobowych w osadzie, a także licząc się z tym, że niejednokrotnie operacyjne odprowadzenie nerek ruchomych do prawidłowego położenia nie usuwa bólów, szczególnie u bardziej nerwowych chorych, z rozmaitymi nieokreślonymi dolegliwościami (nasza chora była już dwukrotnie operowana: usunięcie wyrostka robaczkowego i plastyka krocza), zaleciliśmy podtrzymujący pas, oszczędzanie się w pracy fizycznej i skierowaliśmy chorą do domu.

Po 2 miesiącach chora powraca z nasilonymi bólami i zmianami chorobowymi w moczu (wałeczki ziarniste i czerwone ciałka krwi). Wobec pogorszenia się sprawy wykonaliśmy zabieg w uśpieniu evipanowym *(doc. Zaorski)*. Po dotarciu drogą pozaotrzewnową do nerki, uruchomiliśmy ją od zrostów i podciągnęliśmy ku górze. Udało się to tylko w małym stopniu. Nie można było myśleć o dociągnięciu jej do żebra z obawy zbytniego naciągnięcia naczyń. Zadowoliliśmy się zatem przeprowadzeniem jej na prawą stronę jamy brzusznej i po umyślnym poranieniu (scarificatio) mięśnia lędźwiowo - udowego prawego i torebki nerki *(J. Lloyd)* przyszyliśmy ją w tym miejscu szwami catgutowymi, drążącymi częściowo przez miąższ nerki *(Bassini)*. Poza pozostawieniem sączka gazowego, ranę zeszyliśmy szczelnie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora już po kilku dniach przestała narzekać na bóle, które jej najwięcej dokuczały przed zabiegiem w pozycji leżącej — i w 3 tygodnie po zabiegu opuściła szpital jako wyleczona. Rentgenogram pooperacyjny wykazuje: nerka prawa leży po prawej stronie kręgosłupa, w miejscu gdzie została przyszyta. Miedniczka jej rzutuje się na trzonach kręgów lędźwiowych, przy czym górny jej biegun znajduje się wyżej w porównaniu ze zdjęciem przedoperacyjnym (rys. 2).

U chorej tej niedostateczny — zdawałoby się — zabieg usunął radykalnie odczuwane dolegliwości.



Rys. 2.

Przyp. 2. dotyczy chorej l. 40, która przybyła do szpitala 20.VIII 1938 r. podając, że choruje od 1½ roku. W tym czasie doznała silnych bólów w prawym podżebrzu, które promieniowały w stronę łopatki. Równocześnie z bólami wystąpiła żółtaczka trwająca 3 dni. Bóle wymienione powtarzały się następnie kilkakrotnie, ustępując samoistnie po 3 — 4 dniach. Dopiero ostatni atak bólów w bm. był znacznie silniejszy, po czym wystąpiła żółtaczka, trwająca do dnia dzisiejszego.

Chora odczuwa brak apetytu, stolec zaparty, zabarwiony jasno, mocz ciemny, koloru piwa. W czasie napadu i obecnie ma wymioty, ciepłota 37.7°. W ostatnim czasie chora schudła o 6 kg. Z chorób przebytych: odra, płonica, 4 poronienia samoistne. Krwawienia miesięczne nie bolesne, co 3 tygodnie.

Stan obecny dobry; odżywienie mierne; skóra żółta, widoczne błony śluzowe o zabarwieniu żółtaczkowym. Język obłożony szarym nalotem, wilgotny. Jama brzuszna miernie wysklepiona. Wątroba wysuwa się z pod łuku żebrowego na 2½ palca, bolesna. Woreczek żółciowy wielkości małej gruszki, tkliwy. Dolna granica żołądka przekracza linię pępkową ku dołowi o 2 palce. Inne narządy bez zmian.

Badanie moczu: B — ślady; barw. żółc. obecne; urobilinogen obecny. W osadzie nabłonki płaskie dość liczne, b. c. — do 6 w polu widz.; śluzu niewiele. Badanie krwi: Hb 100%, wskaźnik 1.0, cz. c. 5.000.000, b. c. 6.000 — eozynof. 2%, młodych neutrof. 2%, pałeczk. 8%, wielojądrz. 60%, limfoc. 24%, monocyt. 4%. Badanie kału: barw. żółc. obecne; zgłębnikowanie dwunastnicy: żółci B nie otrzymano; w otrzymanej żółci A i C do 10 leukocytów w polu widzenia. Opadanie krwinek lekko przyspieszone 1 : 42 mm, 2 : 72 mm.

Zastosowano leczenie wewnętrzne *(dr Bratkowski)*. Po 16 dniach żółtaczka zaczyna się zmniejszać, stolec zabarwiony, wymioty ustępują, stan lepszy. Wątroba trochę zmniejsza się, ale jeszcze wystaje i jest tkliwa, tak samo okolica trzustki.

Badanie rentgenowskie zacieniowanego przewodu pokarmowego *(dr Kowalewski)* wykazało opuszczenie żołądka i poprzecznicy. Po doustnym podaniu środka cieniującego pęcherzyk żółciowy, ten ostatni nie wypełnił się i nie uwidocznił się na zdjęciu. Nad XII prawym żebrem widoczny jest cień wielkości dużego grochu (rys. 3). Cień



Rys. 3.

ten widoczny jest również na poprzednim zdjęciu żołądka. Celem zróżniczkowania umiejscowienia cienia — kamienia wykonano zdjęcie w położeniu na plecach. W tej pozycji cień okazał się mniejszy i więcej ostry, co przemawiałoby za tym, że znajduje się on w obrębie prawej nerki. Po zastosowaniu wstępującego zacieniowania moczowodu i miedniczki, cień podejrzany na kamień pokrył się z cieniem kielicha (rys. 4) i nie odsunął się od miedniczki na zdjęciu bocznym (rys. 5). Po dożylnym wprowadzeniu tenebrylu widać, że obydwie nerki wydzielają mocz w czasie normalnym. Zarysy obu miedniczek i kielichów prawidłowe. Podejrzany cień umiejscawia się w okolicy jednego z górnych kielichów prawej nerki i na zdjęciu bocznym nie oddziela się od miedniczki prawej. Roz-

poznano zamknięcie przewodu pęcherzykowego oraz kamień nerki prawej.

W tym czasie stan chorej się poprawia, w moczu ślady białka, barw. żółc. nieobecne, b. c. do 30 w polu widzenia. Opadanie krwinek powraca do normy 1 : 20 mm, 2 : 50 mm. W kale barw. żółciowe wyraźnie obecne.



Rys. 4.



Rys. 5.

Powstało pytanie, jak ułożyć dalsze leczenie chorej? Powierzchowne przejrzenie rentgenogramów, wobec objawów klinicznych, mogło doprowadzić do rozpoznania kamienia woreczka żółciowego i skierować leczenie na fałszywe tory. Dopiero dokładne i wielostronne badanie wykazało, że mamy do czynienia z obrazem przebytego zapalenia woreczka żółciowego i obecnością kamienia w prawej nerce.

Chora uprzednio nie skarżyła się na dolegliwości ze strony dróg moczowych, natomiast cierpienia swoje kierowała zawsze w stronę wątroby. Stojąc na stanowisku, że stan zapalny woreczka żółciowego może się uspokoić i z czasem nie dawać zupełnie objawów chorobowych, nie zaproponowaliśmy zabiegu na drogach żółciowych. Rozważając co zrobić ze stwierdzonym kamieniem nerki uważaliśmy, że dokąd nie daje on o sobie znać, dokąd jest ustalony w kielichu, możemy nie zalecać zabiegu celem wydobycia go z nerki. Wobec tego przepisaliśmy chorej leczenie zachowawcze z tym, ażeby się zgłosiła, o ile sprawa chorobowa się powtórzy lub spotęguje.

Że pomyłki w podobnych przypadkach mogą się zdarzać, świadczy opis choroby *3-go przypadku:* Dotyczy on chłopca l. 14, u którego na podstawie obrazu rtg. rozpoznano kamień nerki lewej (rys. 6 i 7) i poddano zabiegowi operacyjnemu. Nie mamy danych jakie badania i z jakimi wynikami popierały wtedy rozpoznanie przedoperacyjne.



Rys. 6.

Operacja dała wynik niespodziewany, gdyż zamiast kamienia miedniczki stwierdzono obecność zwapniałego gruczołu chłonnego. Myśmy spostrzegali tego chorego w 3 lata później.

Stan ogólny: dziecko wymizerowane, ciepłota stale podwyższona; badanie fizykalne: ból w okolicach obu nerek, więcej po stronie prawej; badania laboratoryjne: ropa z krwinkami w moczu, prątki stale obecne; badanie rtg. *(dr Kowalew-*



Rys. 7.

ski): „zarysy kielichów nerki prawej nieregularne, znacznie rozszerzone, wydzielanie zacieniowanego moczu nerki prawej i opróżnianie miedniczki prawej znacznie upośledzone"; wziernikowanie pęcherza moczowego: owrzodzenie w okolicy ujścia moczowodu prawego. Na tej podstawie rozpoznaliśmy gruźlicę nerki prawej i pęcherza moczowego. Nie wykluczyliśmy czy sprawa nie obejmuje także nerki lewej.

Chory został zabrany przez matkę do domu.

Dyskusja:

Dr Fryszman uważa, że ilość błędów w rozpoznawaniu kamieni w drogach moczowych znacznie zmalała dzięki udoskonaleniu techniki rentgenologicznej. Najczęciej trudność nasuwają złogi składające się z soli kwasu moczowego. Miał kilka przypadków, w których wszelkie objawy kliniczne przemawiały za obecnością złogów w nerce, a zdjęcia rentgenowskie dały wynik ujemny. W tych przypadkach zastosował pneumopyelografię, dzięki której udało się wykryć kamienie, które zostały operowane. W sprawie tej *F.* wygłosił odczyt w Towarzystwie Rentgenologicznym i ogłosił pracę w „Polskim Przeglądzie Radiologicznym".

Pneumopyelografia polega na wprowadzeniu powietrza do miedniczki i wykonaniu zdjęć rentgenowskich.

Doc. Szerszyński: Dla uniknięcia błędów rozpoznawczych przy kamicy nerek wzgl. miedniczek nerkowych, wykonuje zdjęcia rentgenowskie zawsze w dwóch płaszczyznach. Zdjęcie boczne pozwala często ustalić, że przypuszczalny kamień jest tylko zwapniałym gruczołem, leżącym z tyłu lub z przodu od nerki.

Prezes Tow. Chir. Warsz.
Doc. J. Mossakowski.

Sekretarz:
Dr S. Tokarski.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w trzecim kwartale 1938 r.

Zestawił **Dr H. Ciszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr 3.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr 7—9.
Czasopismo Sądowo - lekarskie	(Cz. S. L.) Nr 3.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr 7—9.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr 4.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr 3.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVII, Nr 7—8.

Gruźlica	(Gruźl.) Nr 3.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr 3—4.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr 3.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr 7—9.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXXII, Nr 1—3.
Medycyna	(Med.) Nr 13—18.
Medycyna i Przyroda	(Med. Przyr.) Nr 7.
Medycyna Praktyczna	(Med. Pr.) Nr 13—18.
Neurologia Polska	(Neur. P.) t. XX, Nr 4 i t. XXI, Nr 1—2.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr 13—18.
Nowotwory	(Nowotw.) Nr 2.
Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lek.	(Pam. Wil.) r. XIV, Nr 1.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr 7—9.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr 27—39.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr 7—9.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVII, Nr 8—9.
Polski Przegląd Radiologiczny	(P. P. R.) t. XIII, Nr 1—2.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XVI, Nr 3.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr 55—57.
Przegląd Antropologiczny	(P. Antrop.) t. XII, Nr 1.
Przegląd Dermatologiczny	(P. Derm.) t. XXXIII, Nr 2.
Therapia Nova	(T. N.) Nr 7—9.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr 25—36.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr 7—9.

CHIRURGIA OGÓLNA.

214. **Datyner H.** Wrażenia z klinik chirurgicznych i urologicznych we Włoszech. P. P. Ch. Nr 9, s. 885—897.

A. Z a k a ż e n i a, z a p a l e n i a.

215. **Lakner L.** Dzisiejszy pogląd nauki na zakażenie ustne. Pol. Stom. Nr 9, s. 335—350 (d. c. n.).

216. **Tol[illegible]rski S.** Zakażenia paciorkowcowe w schorzeniach chirurgicznych. W. Cz. L. Nr 25—26, s. 449-452.

217. **Dąb N.** Uwagi o nowych drogach w leczeniu stanów zakaźnych (leki grupy sulfamidowej). P. G. L. Nr 27, s. 573—574.

218. **Halbersztadt J.** Współczesny stan chemoterapii zakażeń bakteryjnych. W. Cz. L. Nr 27—28, s. 483—486, Nr 29—30, s. 508—512, Nr 31—32, s. 534—540, Nr 33, s. 558—559 i Nr 34, s. 579—581.

219. **Słucki R.** Zapobieganie, leczenie i szczepienie tężca. T. N. Nr 8, s. 335—346 i Nr 9, s. 375—388.

220. **Ereciński K.** Przypadek raka wodnego o niezwykłym przebiegu. Ped. Pol. Nr 7—8, s. 404—409.

B. N o w o t w o r y.

221. **Wyrobek E.** Organizacja i kierunek lecznictwa raka w Instytucie Radowym Uniwersytetu Paryskiego. Gin. P. Nr 7 —8, s. 559—586.

222. **Bernstein N.** Rola produktów pokarmowych w rozwoju i leczeniu raka. W. Cz. L. Nr 35, s. 598—600.

223. **Kuźma W.** O potworniakach i torbielach skórzastych. P. P. R. Nr 1—2, s. 145—152.

Ponadto patrz N-ry: 250, 256, 260, 264—267, 271, 279, 285, 290, 305, 306.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

224. **Wojciechowski A.** Rola cieplicy solankowej w leczeniu schorzeń narządów ruchu i ich następstw. L. W. Nr 3, s. 257—281 i Nr 4, s. 385—416.

225. **Wojciechowski A.** Choroby zużycia. W. L. Nr 7, s. 185—194.

226. **Robinson C.** Przypadek choroby Pageta pod postacią hemicraniosis. Med. Nr 14, s. 561—563.

227. **Kuligowski Z.** Choroby stawów na tle nerwowym i ich leczenie. L. W. Nr 3, s. 282—306.
228. **Neumark S.** Kiła stawów okresu późnego o ostrym lub podostrym przebiegu. W. Cz. L. Nr 27—28, s. 473—476 i Nr 29—30, s. 501—504.
229. **Neumark S.** O przewlekłych wysiękowych i rzekomo - gruźliczych postaciach kiły stawów okresu późnego. W. Cz. L. Nr 35, s. 589—593 i Nr 36, s. 609—613.

D. Krew, naczynia krwionośne i chłonne.

230. **Rzepecki W.** Kilka uwag o technice przetaczania krwi. Ch. P. Nr 7, s. 339—343.
231. **Domanig E.** Przetaczanie krwi konserwowanej. Med. Przyr. Nr 7, s. 14—15.
232. **Hirszfeld L. i Kostuch Z.** Badania dotyczące grup krwi ze szczególnym uwzględnieniem grupy 0. P. G. L. Nr 36, s. 714—717.
233. **Zembrzuski J.** Arteriografia w świetle dotychczasowych wyników. P. P. Ch. Nr 9, s. 863—884.
234. **Kowalczykowa J. i Hirsch L.** Przyczynek do znajomości choroby Besnier - Boecka (Lymphogranulomatosis benigna Schaumanni). P. Dem. Nr 2, s. 275—292.

Patrz także Nr 275.

E. Znieczulenie, uśpienie, zabiegi.

235. **Czyżewski K.** Zagadnienie dowolnego kierowania uśpieniem dożylnym sennarkolem i doświadczenia z coraminą. Ch. P. Nr 9, s. 432—437.
236. **Lorenz T.** Narkoza dożylna w urologii. Med. pr. Nr 18, s. 394—398.
237. **Niewiadomski F. i Rosenfeld J.** O przygotowaniu chorych do operacji za pomocą wstrzykiwań dożylnych skopolaminy, eukodalu i efetoniny. Ch. P. Nr 9, s. 419—431.
238. **Galewski A.** Postępowanie w schorzeniach chirurgicznych u chorych z cukrzycą. P. P. Ch. Nr 8, s. 778—787.

Patrz Nr 243.

F. Wyjaławianie, narzędzia, opatrunki, leki.

239. **Ferkówna M.** Porównawcze badania nad wyjaławianiem narzędzi operacyjnych przegrzaną parą i wrzącą wodą. Gin. P. Nr 7—8, s. 619—642.
240. **Engländer B.** Przyczynek do sprawy wyjaławiania narzędzi. P. G. L. Nr 29—30, s. 609.
241. **Dylewski B.** Igła do automatycznego obkłuwania krwawiących naczyń w gardle po tonsillektomii oraz w innych ranach głębokich. P. G. L. Nr 39, s. 779—781.
242. **Onyszkiewicz i Rzepecki.** Coramina w lecznictwie chirurgicznym. Now. Lek. Nr 16, s. 487—490.
243. **Dziembowski Z.** W sprawie leczenia atonii kiszek i pęcherza moczowego po zabiegach operacyjnych za pomocą preparatu „Esmodil - Bayer". Now. Lek. Nr 15, s. 461—463.
244. **Preiss W.** Przyczynek do leczniczej wartości witamin i lipoidów w schorzeniach chirurgicznych. Ch. P. Nr 7, s. 325—329.
245. **Dziembowski Z.** Znaczenie witamin w lecznictwie z punktu widzenia chirurgicznego. P. P. Ch. Nr 9, s. 814—824.

G. Chirurgia urazowa.

246. **Sokołowski T.** Znaczenie społeczne traumatologii i jej obecne stanowisko w chirurgii. Ch. P. Nr 8, s. 367—370.
247. **Czyżewski K.** Urządzenie stacji urazowej średniego szpitala. P. G. L. Nr 31, s. 632—635.
248. **Dżułyński W.** Ogólne zasady orzecznictwa wypadkowego. P. G. L., Prakt. lek. ark. 8, s. 139—152 i ark. 9, s. 153—168 (d. c. n.).
249. **Zerbe F.** Orzecznictwo wypadkowe na P.K.P. L. K. Nr 3, s. 223—229.
250. **Birkenfeld J.** Zagadnienie związku przyczynowego między nowotworami złośliwymi a urazami w lekarskim orzecznictwie wypadkowym. P. P. Ch. Nr 8, s. 758—768.
251. **Binder Z.** O ranach kąsanych i ich leczeniu. Ch. P. Nr 7, s. 329—334.
252. **Tynicki M.** Oparzenia termiczne. P. G. L. Nr 32, s. 653—657 i Nr 33—34, s. 679—682.

Ponadto patrz N-ry: 274, 280, 310, 312, 314, 315, 317 i 318.

H. Chirurgia wojenna i sportu.

253. **Lewandowski W.** Zadanie stomatologa w czasie wojny. Pol. Stom. Nr 9, s. 361—365.

I. Radiologia, fizjoterapia.

254. **Adamowicz P.** O cholecystografii sposobem dawek podzielonych. P. P. R. Nr 1—2, s. 123—137.
255. **Graf M.** Przypadek nietolerancji Perabrodilu. P. G. L. Nr 28, s. 589—590.

Patrz także N-ry: 260, 261, 273, 288, 306, 313.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. Głowa.

256. **Peter J.** Torbiel skórzasta głowy. Ch. P. Nr 8, s. 398—400.
257. **Zawadowski W.** Dyzostoza obojczykowo-czaszkowa. P. P. R. Nr 1—2, s. 47—55.
258. **Schieber M.** O chorobie Schüller - Christiana. P. P. R. Nr 1—2, s. 57—77.
259. **Lachowicz A.** Leontiasis ossea. P. P. R. Nr 1—2, s. 79—85.
260. **Blühbaum T. i Spritzer M.** Guzy okołosiodełkowe w obrazie radiologicznym. P. P. R. Nr 1—2, s. 7—46.
261. **Kunicki A.** Rentgenologiczne obrazy siodełka tureckiego w przebiegu uciskowych spraw śródczaszkowych oraz ich znaczenie rozpoznawcze. Neur. P. Nr 4/37, s. 501—510.
262. **Grzędzielski J.** O krwotokach podpajęczynówkowych. Med. pr. Nr 13, s. 275—288, Nr 14, s. 306—315, Nr 15, s. 321—328, Nr 16, s. 344—348, Nr 17, s. 364—369 i Nr 18, s. 399—401 (d. c. n.).
263. **Erlich M.** Rozpoznanie i leczenie wylewów śródczaszkowych noworodka. Ped. Pol. Nr 9, s. 484—485.
264. **Kunicki A.** Morfologiczne podstawy podziału guzów wyściółkowych oraz opis dwóch przypadków. Neur. P. Nr 1—2, s. 84—112.
265. **Ferens E.** Gąbczak wielopostaciowy mózgu wielkotorbielowy. Neur. P. Nr 1—2, s. 70—83.
266. **Gasiński J.** Przypadek oponiaka prawego płata czołowego. P. P. Ch. Nr 8—9, s. 723—731.
267. **Wirszubski A.** Przypadek nowotworu mózgu. Med. Nr 13, s. 529—530.
268. **Herman E. i Jakimowicz W.** Torbiel koloidowa komory III. Neur. P. Nr 4/37, s. 478—492.
269. **Herschendörfer A.** Jeszcze w sprawie plastyki jamy oczodołowej. Kl. Ocz. Nr 3, s. 329—330 (patrz „Piśmiennictwo" z roku 1937, Nr 364, praca M. Lautersteina).
270. **Krzywicki J.** Przypadek asymetrii żuchwy. D. Stom. Nr 4, s. 330—337.
271. **Peter J.** Przypadek uszypułowanego włókniako - mięśniaka jamy ustnej. Ch. P. Nr 9, s. 446—447.

B. Szyja.

272. **Guzman S.** Fizjologia i patologia tarczycy. Monogr. Nr 55, s. 1—58.

C. Klatka piersiowa.

273. **Granatowicz J.** Leczenie ropnego zapalenia sutka naświetlaniem promieniami rentgenowskimi. Now. Lek. Nr 18, s. 543—546.
274. **Szonert W.** Złamania mostka. P. P. Ch. Nr 8—9, s. 769—777.
275. **Śledziewski H.** Gruczoły limfatyczne osklepkowe i nażebrowe u dorosłych. Ch. P. Nr 8, s. 370—385.
276. **Skwarczewska - Stypułkowska H.** Przypadek pleuro - peritonitis tuberculosa, leczony zachowawczo. Med. Nr 15, s. 590—591.
277. **Bloch M.** Czynne miejscowe (chirurgiczne) leczenie gruźlicy płuc pod kątem widzenia internisty - ftizjologa. W. L. Nr 8, s. 217—226.
278. **Ostrowski W.** Organizacja leczenia chirurgicznego chorych płucnych w sanatoriach. Gruźl. Nr 3, s. 241—256.
279. **Stadnicki A.** Rak płuca. P. G. L. Nr 36, s. 718—722, Nr 37, s. 742—746 i Nr 38, s. 759—762.
280. **Łobacz S.** Urazy i rany przepony. Med. pr. Nr 15, s. 319—321.
281. **Makower A.** Przypadek przedziurawienia przepony z przetoką żołądkowo-opłucnową P. P. R. Nr 1—2, s. 99—102.
282. **Kryński B.** Prawostronna przepuklina przeponowa wrodzona. P. P. R. Nr 1—2, s. 95—98.
283. **Landau A., Deloff L. i Braun R.** Przepuklina przeponowa prawostronna. Nieswoistość odczynu bąblowcowego Casoniego. P. G. L. Nr 35, s. 696—700.

D. Jama brzuszna.

284. **Meisels E.** Ostra rozstrzeń żołądka i niedrożność dwunastnicy wskutek ucisku przez tętnicę krezkową. P. P. R. Nr 1—2, s. 103—121.
285. **Długosz H.** Mięśniak żołądka powikłany ropniem wątroby z przebiciem do płuc, w przypadku poronnej postaci choroby Recklinghausena. P. G. L. Nr 29—30, s. 605—609.
286. **Łukaszczuk R.** Trzustka po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej i miednicy. P. G. L. Nr 35, s. 700—703 i Nr 36, s. 722—725.
287. **Neuman J.** O torbieli trzustki wyleczonej za pomocą dwuczasowego zabiegu operacyjnego. Ch. P. Nr 9, s. 444—446.

288. **Kowalska - Śmigielska A.** Zwapniały bąblowiec wątroby w obrazie radiologicznym. P. P. R. Nr 1—2, s. 139—144.
289. **Binder Z. i Wolf J.** O kamieniach kałowych jako przyczynie niedrożności jelit. P. G. L. Nr 33—34, s. 674—676.
290. **Wolfram K. i Królikowski S.** Przypadek niedrożności jelit spowodowany mnogimi przerzutami raka gruczołowatego w jelicie cienkim. P. P. Ch. Nr 9, s. 825—833.
291. **Onyszkiewicz T. S.** Dwa przypadki ileus verminosus. P. G. L. Nr 36, s. 713—714.
292. **Justman L.** Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego i schorzeń pokrewnych. W. Cz. L. Nr 31—32, s. 532—534.
293. **Jakóbson Ł.** Krwotoki wewnątrzkiszkowe po appendektomii metodą Lexera. Ch. P. Nr 9, s. 455—456.
294. **Hornicki P.** W sprawie skrętu sieci większej. Ch. P. Nr 9, s. 437—444.
295. **Rosenfeld J.** Przypadek uwięźnięcia uchyłka Meckela w worku przepuklinowym. Ch. P. Nr 7, s. 337—339.
296. **Karpowicz S.** Przypadek przepukliny wiązadła łonowo - pachwinowego Gimbernata (Hernia ligamenti Gimbernati). Ch. P. Nr 7, s. 321—325.
297. **Gasiński J.** Pęknięcia śledziony. P. P. Ch. Nr 8, s. 732—739.
298. **Wolański R.** Przypadek ropnia śledziony. Ch. P. Nr 8, s. 385—398.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

299. **Buzek J.** Znaczenie kliniczne krwiomoczu w schorzeniach chirurgicznych układu moczowego na podstawie materiału klinicznego. P. P. Ch. Nr 9, s. 834—862.
300. **Żółkiewska W.** Związki sulfamidowe w schorzeniach dróg moczowych. Med. Nr 14, s. 558—561.
301. **Nowakowski K.** Czynność nerki po zamknięciu moczowodu. P. P. Ch. Nr 9, s. 809—813.
302. **Laskownicki S. i Malczyński S.** O losach mięśnia przeszczepionego w miąższ nerkowy. P. P. Ch. Nr 8, s. 717—722.
303. **Bulanda B.** Równoczesne występowanie kamicy nerkowej i gruźlicy nerek. P. P. Ch. Nr 8, s. 740—757.
304. **Epsztejn L. i Lewinson J.** Przypadek nerki przemieszczonej, odwróconej, z naczyniami dodatkowymi. Ch. P. Nr 7, s. 334—337.
305. **Lidzki A.** Torbiel skórzasta pęcherza. Pam. Wil. Nr 1, s. 54—59.
306. **Sitkowski W.** W sprawie badania radiologicznego guzów pęcherza. P. P. R. Nr 1—2, s. 153—154.
307. **Szper J., Zeldowicz H. i Ciężar M.** W sprawie ciągotki (priapismus) i jej leczenia. Med. Nr 15, s. 583—586.

Patrz również N-ry: 214, 236 i 255.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

308. **Jochweds B. i Ratner J.** Przypadek drugorzędowej kiły kręgosłupa. W. Cz. L. Nr 27—28, s. 479—481.
309. **Blühbaum T.** O odosobnionej postaci spondylitis deformans cervicalis. Neur. P. Nr 4/37, s. 493—500.
310. **Ciszkiewicz H.** Postępowanie w złamaniach panewki stawu biodrowego. Ch. P. Nr 9, s. 447—450.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

311. **Gorzkowski E.** Zboczenia rozwojowe kończyn górnych. L. W. Nr 2, s. 161—187.
312. **Ciszkiewicz H.** W sprawie postępowania w zwichnięciach stawu barkowego, powikłanych złamaniem szyi kości ramiennej. Ch. P. Nr 8, s. 400—406.
313. **Kukliński I.** Technika badania radiologicznego stawu barkowego. P. P. R. Nr 1—2, s. 87—94.
314. **Hryniewiecki B.** Leczenie świeżych złamań klykci kości ramiennej, udowej i piszczelowej za pomocą wyciągu drutowego. Ch. P. Nr 9, s. 450—455.
315. **Ciszkiewicz H.** W sprawie techniki operacyjnego leczenia zamkniętych złamań wyrostka łokciowego. Ch. P. Nr 7, s. 344—351.
316. **Sitowski M.** O dziedzicznym zniekształceniu palców u człowieka. P. Antrop. Nr 1, s. 23—52.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

317. **Szulc J.** Przyczynek do techniki leczenia złamań trzonu kości udowej. Ch. P. Nr 7, s. 351—354.
318. **Ambros Z.** W sprawie leczenia złamań trzonów kości podudzia, ze szczególnym uwzględnieniem złamań wielokrotnych. Ch. P. Nr 8, s. 406—413.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł, półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł, za tekstem 100 zł; ½ str. przed tekstem 55 zł, za tekstem 50 zł; ¼ przed tekstem 32 zł, za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł, ogłoszenia stałe o 10% taniej.